

**TRAITEMENT**  
**DU**  
**DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE**  
**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES**

---

**Thèse pour le Doctorat en Médecine**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Décembre 1931

PAR

**Gérard-Jean-Émile TESSIER**

Né le 2 janvier 1907 à Rochefort (Charente-Inférieure)

---

|                        |   |                                |            |
|------------------------|---|--------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. TEULIÈRES, Professeur..... | Président. |
|                        |   | GUYOT, Professeur .....        | { Juges.   |
|                        |   | LOUBAT, Agrégé.....            |            |
|                        |   | BEAUVIEUX, Agrégé.....         |            |

---

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20 22, rue du Peugue

---

1931







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

**TRAITEMENT**  
**DU**  
**DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE**  
**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES**

---

**Thèse pour le Doctorat en Médecine**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Décembre 1931

PAR

**Gérard-Jean-Émile TESSIER**

Né le 2 janvier 1907 à Rochefort (Charente-Inférieure)

---

|                        |   |                                |            |
|------------------------|---|--------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. TEULIERES, Professeur..... | Président. |
|                        |   | GUYOT, Professeur .....        | Juges.     |
|                        |   | LOUBAT, Agrégé.....            |            |
|                        |   | BEAUVIEUX, Agrégé.....         |            |

---

BORDEAUX  
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

---

1931

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. .... Doyen

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH  
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

## PROFESSEURS

| MM.                         |              |                                      | MM.       |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------------|-----------|
| Clinique médicale .....     | MAURIAC.     | Clinique chirurgicale infan-         |           |
| Clinique chirurgicale.....  | CASSAET.     | tille et orthopédie ....             | ROCHER    |
| Pathologie et thérapeuti-   | CHAVANNAZ.   | Clinique gynécologique...            | GUYOT.    |
| que générales.....          | BEGOUIN.     | Clinique médicale des ma-            |           |
| Clinique d'accouchements.   | CARLES.      | ladies des enfants.....              | CRUCHET   |
| Anatomie pathologique et    | ANDERODIAS.  | Chimie biologique et mé-             | DELAUNAY. |
| microscopie clinique....    | SABRAZES.    | dicale.....                          |           |
| Anatomie.....               | VILLEMIN.    | Physique médicale et phar-           | SIGALAS.  |
| Anatomie générale et his-   | G. DUBREUIL. | maceutique.....                      |           |
| tologie.....                | PACHON.      | Médecine coloniale et cli-           | BONNIN    |
| Physiologie.....            | LEURET.      | que des maladies exoti-              |           |
| Hygiène.....                |              | ques.....                            | PETGES.   |
| Médecine légale et déon-    | LANDE        | Clinique des maladies cuta-          | DUVERGEY  |
| tologie.....                |              | nées et syphilitiques....            |           |
| Electroradiologie et clin.  | RÉCHOU       | Clin. des mal. des voies urinaires.. |           |
| d'électricité médicale..    | CHELLE,      | Clinique des maladies ner-           | ABADIE    |
| Chimie ..                   |              | veuses et mentales.....              | PORTMANN. |
| Botanique et matière mé-    | BEILLE.      | Clinique d'Oto-rhino-laryngologie... |           |
| dicale.....                 | DUPOUY.      | Toxicologie et hygiène ap-           | LABAT.    |
| Pharmacie.....              | MANDOUL.     | pliquée.....                         |           |
| Zoologie et parasitologie.. | DUPERIE.     | Hydrologie thérapeutique             | SELLIER.  |
| Médecine expérimentale..    | TEULIERES.   | et climatologie.....                 |           |
| Clinique ophtalmologique.   |              |                                      |           |

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                        |                  |                             | MM.       |
|----------------------------|------------------|-----------------------------|-----------|
| Anatomie.....              | DUBECO.          | Chirurgie générale.....     | PAPIN.    |
| Technologie.....           | DUFOUR.          |                             | JEANNENEY |
| Physiologie.....           | FABRE.           |                             | CHARRIER. |
| Parasitologie et Sciences) | R. SIGALAS.      | Obstétrique.....            | LOUBAT.   |
| naturelles .....           |                  |                             | PERY.     |
|                            | CREYX            |                             | RIVIERE.  |
|                            | AUBERTIN.        | Ophtalmologie.....          | BEAUVIEUX |
| Médecine générale.....     | DAMADE.          | Dermatologie et syphilogra- |           |
|                            | PIECHAUD.        | phie.....                   | JOULIA.   |
|                            | DELMAS-MARSALET. | Chimie générale pharma-     |           |
| Maladies mentales.....     | PERRENS.         | ceutique et toxicologie...  | VITTE.    |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                      |          |                                | MM.         |
|--------------------------|----------|--------------------------------|-------------|
| Clinique dentaire.....   | CAVALIE  | Puériculture.....              | FAUGERE.    |
| Médecine opératoire..... | PAPIN    | Pharmacie chimique .....       | GOLSE       |
| Accouchements.....       | RIVIERE. | Zoologie et parasitologie..... | R. SIGALAS. |
| Ophtalmologie.....       | CABANNES |                                |             |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A TOUS LES MIENS.

---

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX.

---

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ  
DE LA MARINE ET DES COLONIES  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
CROIX DE GUERRE  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A M. LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

SOUS-DIRECTEUR A L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ  
DE LA MARINE ET DES COLONIES  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER D'ACADÉMIE

---

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEAUVIEUX.

OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX  
OFFICIER D'ACADÉMIE

---

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR TEULIERES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



## AVANT-PROPOS

---

Arrivé au terme de nos études, nous ne pouvons que remercier les maîtres dont l'enseignement fut pour nous un guide si précieux.

Nous n'oublierons pas tout d'abord M. le médecin principal Pierre pour les excellents conseils qu'il nous a toujours prodigués. Nous adressons à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux l'hommage de notre reconnaissance pour leurs leçons pleines d'intérêt.

Que M. le professeur Teulière reçoive nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Que M. le professeur agrégé Beauvieux soit assuré de notre profonde gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

En terminant, nous remercierons M. le docteur Doucet qui a apporté à ce modeste travail une large collaboration.

---

## CHAPITRE PREMIER

### PATHOGÉNIE DU DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

---

Ce n'est pas le lieu de reprendre en détail toutes les discussions qui sont nées de la pathogénie du décollement rétinien. Elles ont été résumées dans l'important rapport de M. le professeur Gonin, à la S. F. O., en 1920.

A l'heure actuelle, on peut considérer trois théories qui rallient un nombre important de partisans : théories de la distension, de l'attraction, de l'exsudation.

La théorie de la distension, émise par de Graefe, était basée sur la grande fréquence, deux tiers des cas environ, du décollement chez les myopes. L'allongement de l'axe antéro-postérieur du globe pouvait favoriser le manque d'adhérence entre la rétine et la choroïde. Le désaccord qui existe entre la taille du contenant (la sclère) et le volume du contenu (le vitré) est renforcé par les tiraillements que subit la rétine du vitré, d'où hypotonie qui conditionne le décollement.

La théorie de l'attraction, émise par Leber, admettait au début une dégénération fibrillaire du vitré. La rétraction de ces cordons entraînerait la rétine en avant. Gonin, qui s'est montré partisan de l'origine vitréenne du décollement, admet l'intervention de cellules épithéliales émigrées du corps ciliaire qui viendraient remplir les mailles de la trame vitréenne. Mais il insiste sur la déchirure, permettant le passage du liquide vitréen dans l'espace sous-rétinien comme un fait essentiel : « La voie d'eau que le traitement devra se hâter d'aveugler. »

La théorie du soulèvement fut au début soutenue par de Graefe en 1854 ; il émit l'hypothèse d'un épanchement séreux rétro-rétinien.

Arlt admettait une choroïdite exsudative d'origine soit syphilitique, soit tuberculeuse, soit rhumatismale.

De Wecker invoque un trouble circulatoire.

Galezowski émet la comparaison avec les épanchements pleuraux.

Terson, en 1919, parle de pression osmotique.

C'est en 1920 que Sourdille émet une théorie qui « suppose l'altération grave de l'épithélium pigmentaire de la rétine. Altérations qui sont liées à des lésions choroïdiennes d'ordre local ou général, atteignant plus spécialement la chorio-capillaire ».

Telles sont, en résumé succinct, les trois théories actuelles. Mais il est bon, comme le fait remarquer Amsler, de substituer à une conception mécanique une conception pathogénique plus large, plus médicale. Car les termes attraction, soulèvement ne répondent plus à la question : pourquoi la rétine se décolle-t-elle ?

Tout le monde est d'accord pour admettre que le décollement de la rétine n'est pas une entité morbide ; il y a décollements et décollements qui procèdent de causes diverses et se développent suivant des modalités diverses.

Cependant, il est un fait essentiel qui domine la pathogénie du décollement de la rétine : c'est le rôle que joue le tractus uvéal dans le décollement.

Et Amsler nous dit : « Tous les auteurs s'accordent pour faire jouer à l'uvée un rôle pathogénique de premier plan. L'uvée constitue l'articulation entre la pathologie générale et les processus oculaires locaux qui mènent au décollement de la rétine. L'uvée malade est à la fois le point d'aboutissement de phénomènes morbides généraux et le point de départ de processus destructeurs locaux. »

« Le décollement rétinien idéopathique essentiel est secondaire à une maladie de l'uvée, et cette maladie de



(Lagrange), déchirure (Gonin), exsudation (Sourdille) correspondent trois interventions thérapeutiques précises.

» L'œil est mou, la rétine est décollée ou va se décoller, faisons le colmatage.

» La rétine est soulevée par du liquide qui est derrière elle, évacuons ce liquide et essayons de l'empêcher de se reformer.

» La rétine est déchirée, fermons la déchirure. »

Le deuxième chapitre de ce travail résumera l'historique du traitement.

## CHAPITRE II

### HISTORIQUE DU TRAITEMENT

---

Le nombre des traitements employés pour guérir le décollement de la rétine est considérable. Nous nous bornerons à passer rapidement en revue les principaux pour en arriver aux traitements modernes. Cependant, le colmatage est de date assez récente, puisqu'il fut créé à Bordeaux en 1914 par le Pr Lagrange ; aussi est-il encore employé quelquefois, mais les résultats sont vraiment peu encourageants.

#### 1. TENTATIVES DIRIGÉES CONTRE L'EXSUDATION

- a) *Médicaux* : Samelson (repos, bandage compressif et révulsion).  
Graclement (instillation d'ésérine).  
Injection de pilocarpine.  
Sudation.  
Injections sous-conjonctivales de solution salée hypertonique (Dor).  
Cures de tuberculine, de salicylate de soude, de mercure.
- b) *Chirurgicaux* : Ponction sclérale (Wolfe) modifiée en y ajoutant des injections sous-conjonctivales de Na Cl.  
Aspiration du liquide ou drainage (De Wecker).  
Discission de la rétine (De Graefe).  
Iridectomie (Bettremieux, Galzowski).  
Thermo-cautérisations (Chevallereau et Dor).

## 2. PROCÉDÉS CONTRE LA RÉTRACTION

Deutschman propose de détruire les cordons vitréens par des dissections répétées du vitré au couteau de Graefe. Il conseille ensuite d'injecter du vitré frais auquel on ajoute du sérum sanguin du malade.

Rohmer fait des injections d'air stérilisé dans le vitré. De l'ensemble des résultats publiés ressortait une impression fâcheuse. On comptait en effet dans le service du P<sup>r</sup> Dufour quatre guérisons sur mille malades.

## 3. PROCÉDÉ EMPLOYÉ EN 1913 PAR LE P<sup>r</sup> TEULIÈRES

C'est vers 1913 que fut employée, pour la première fois à Bordeaux, par le P<sup>r</sup> Teulières, une nouvelle méthode contre le décollement rétinien. Nous trouvons dans les *Archives d'ophtalmologie* de janvier 1913 un cas de décollement myopique traité et guéri par cette méthode. Voici la technique et le résumé de l'observation publiée par le P<sup>r</sup> Teulières :

« Taille et dissection d'un lambeau conjonctival permettant de mettre à nu la région de la sclérotique correspondant au décollement ou à son point déclive. Cautérisations superficielles, vésicantes de cette portion de sclérotique découverte ; perforation de la coque oculaire (une ou deux) permettant l'issue du liquide sous-rétinien. Réapplication du lambeau conjonctival sur la perforation et fixation par un ou deux points de suture, qui ne sont pas indispensables. Injections sous-conjonctivales profondes d'une solution de chlorure de sodium. Décubitus dorsal et pansement compressif. Les injections peuvent être répétées assez souvent » (Teulières).

Le décollement était survenu chez une femme âgée, myope de 16 dioptries. Début habituel du décollement avec voile devant l'œil gauche. V = doigts à 0 m. 50. Rétine décollée à la partie supérieure.

Intervention dix jours après le début du décollement en suivant la méthode indiquée. Treize jours après l'intervention la guérison était complète.  $V = \frac{1}{3}$  avec — 16 D.

La malade revue deux ans après conserve toujours la même acuité.

#### 4. PROCÉDÉS LUTTANT CONTRE L'HYPOTONIE.

C'est en 1914 que Lagrange créa le colmatage comme traitement du décollement rétinien d'origine myopique.

En effet, de nombreux auteurs ont remarqué que dans les deux tiers des cas, le décollement s'accompagne d'hypotonie oculaire. D'où la déduction qui s'imposa à l'esprit du Pr Lagrange : Traitons l'hypotonie, nous traiterons le décollement constitué et mieux, nous pourrions prévenir un décollement futur, engendré par une hypotonie commençante.

L'opération consiste en cautérisations profondes de la région périlimbique sur la conjonctive laissée en place. On fait de petites pointes de feu très rapprochées les unes des autres sur la conjonctive. On agit dans le sens vertical en plongeant la pointe fine d'un galvano-cautère au travers de la conjonctive qui se rétracte tout autour. Il faut atteindre la sclérotique, mais très légèrement. En somme, pointes de feu en cinq cercle concentriques, ceinturant la cornée d'une bande de cautérisation.

Comment agit le colmatage ? Est-ce vraiment en provoquant « un blindage de l'œil » comme le dit Lagrange ?

Pour le Pr Teulières, le colmatage agirait plutôt comme moyen d'excitation, à la façon d'un révulsif en provoquant une violente réaction périscléroticale. Mais le colmatage agit aussi en provoquant un blindage de l'œil, en fermant les voies de filtration.

Aussitôt après le colmatage, l'œil subit un abaissement

de tension passager, puis une élévation très nette qui se maintient longtemps après.

Pour ce qui est du décollement rétinien, les résultats sont beaucoup moins encourageants. Dans la thèse de Giffon nous relevons un nombre assez important d'observation, où la guérison du décollement couronnait le colmatage.

Arruga (de Barcelone), qui a beaucoup employé le colmatage au début, nous dit. « Les résultats étaient meilleurs qu'avec les anciennes méthodes, mais les succès ne dépassaient pas quinze pour cent des cas, et quelques cas d'amélioration, initial, étaient bientôt suivis d'aggravation définitive. Seulement, je constatai l'augmentation de la tension intra-oculaire dans la plupart des cas. »

À Bordeaux, les mêmes constatations ont été faites, aussi à l'heure actuelle, le colmatage n'est plus employé que dans quelques rares cas. Le P<sup>r</sup> Teulière ne l'utilise que dans certains décollements par rétinite exsudative. Même dans ces cas on adjoint au colmatage des injections sous-conjonctivales de cyanure qui agissent aussi comme révulsif et ont l'avantage de porter *in situ* un antiseptique.

Nous pensons donc que le colmatage doit plutôt être employé comme préventif du décollement rétinien chez les myopes forts et nous conseillons le colmatage dans les myopies, supérieures à 10 dioptries, s'accompagnant d'hypotonie.

*Injectons sous-conjonctivales.* — Les instillations de sublimé dans le sac conjonctival, pratiqués déjà par Scarpa, ont été remises en honneur récemment par Gallenga. L'œil est dans des conditions admirables pour se prêter à cette thérapeutique locale, par la disposition même de son système lymphatique constitué par des espaces communiquant tous intimement entre eux.

Pour Wessely, les injections sous-conjonctivales agiraient simplement à la façon d'un révulsif provoquant par action réflexe une vaso-dilatation intra-oculaire.

Nous nous bornerons à envisager l'action du cyanure de Hg injecté sous la conjonctive contre certains décollements rétiniens. On a voulu nier l'action du cyanure de Hg sous-conjonctival parce qu'on n'a pas trouvé trace de mercure dans l'humeur aqueuse. Nous ne croyons pas que l'on ait constaté des traces de mercure dans les affections oculaires guéries par un traitement mercuriel général.

Il est reconnu que les sels mercuriaux injectés dans les tissus sont précipités sous forme d'albuminate de mercure qui est redissous et réabsorbé par les lymphatiques ; éliminé en grande partie par le foie, les reins, le peu qui restera doit donc parvenir jusqu'aux milieux intra-oculaires pour y exercer une action bactériotrope.

Darier estime que « 1 centigramme de cyanure injecté sous la peau n'aura jamais l'action d'un dixième de milligramme injecté sous la conjonctive », et il ajoute : « Viendra-t-il à l'idée de personne de prescrire des pillules de belladone pour obtenir une dilatation de la pupille alors que un millionième de gramme d'atropine instillé dans l'œil provoque la mydriase en quelques minutes. Et quoi qu'on ait pu déceler chimiquement la présence d'atropine dans l'œil, on en a eu la preuve par réaction physiologique. »

On peut admettre comme conclusion qu'à la suite d'une injection sous-conjonctivale :

1° Il y a d'abord irritation locale avec soustraction par osmose d'humeur aqueuse à travers le canal de Schlemm et les espaces de Fontana par anisotonie des liquides (Darier).

2° Cette irritation provoque en outre une hyperémie du corps ciliaire et consécutivement une sécrétion d'humeur aqueuse nouvelle plus riche en albumine et en anticorps (Wessely).

3° Il se produit un équilibre isotonique qui permet la résorption d'une partie des substances injectées ; celles-ci agissent alors localement (Darier).

Comme nous l'avons dit précédemment, les injections de cyanure sous-conjonctivales tendent à remplacer de plus en plus le colmatage dans les décollements rétinien ne relevant pas de la technique de Gonin et en particulier dans les décollements par choroïdite exsudative.

Dans les cas où il y a syphilis, le mercure en injections sous-conjonctivales donne souvent d'excellents résultats.

Même en l'absence de syphilis, on a vu des décollements guérir rapidement par des injections sous-conjonctivales de Hg. Il existe un exemple remarquable de Bolak où un décollement rétinien a guéri après une seule injection de cyanure sous-conjonctival.

La technique est des plus simples : On recommande au patient de regarder fortement en bas et l'on introduit l'aiguille superficiellement sous la conjonctive aussi loin que possible de la cornée et tangentiellement à la surface du globe. Deux dangers sont à éviter; le plus grand est celui qui se produit en présence de solutions trop concentrées. On peut avoir un sphacèle de la conjonctive et de la sclérotique avec douleurs considérables. Il faut éviter ensuite que le liquide injecté ne revienne jusqu'au limbe où il peut décoller ou obstruer le cercle vasculaire péricornéen.

Mais les injections ne sont employées que dans des cas bien précis. Il existe à l'heure actuelle deux méthodes, celle de Sourdille et de Gonin, qui, basées sur une pathogénie différente, arrivent cependant à nous donner des résultats bien supérieurs à ceux qu'on obtenait jusqu'ici.

Notre prochain chapitre sera consacré à la description de ses deux méthodes.

---

## CHAPITRE III

### OPERATIONS MODERNES

---

Il existe à l'heure actuelle deux méthodes qui font autorité en matière de traitement du décollement de la rétine. Ce sont celles de Sourdille et de Gonin. Nous allons examiner assez brièvement en quoi consistent ces deux opérations et nous donnerons dans notre prochain chapitre les résultats des deux méthodes.

#### L'opération de Sourdille.

Elle a pour but « de lutter contre le défaut d'adhésivité des deux feuillets rétiniens par la création d'adhérences anormales entre la choroïde et la rétine ». Or, pour réaliser l'adhérence de la rétine à la choroïde, il faut avant tout obtenir une réapplication de la rétine sur le fond de l'œil : application qui ne saurait être faite sans avoir évacué préalablement le liquide transsudé ou exsudé qui s'interpose entre les membranes. Puis utiliser la pesanteur pour la « retombée » de la rétine à sa place normale.

Sourdille nous dit : « Cette adhérence cicatricielle doit être suffisante, sans excès. » Suffisante pour soutenir la rétine, « mal épaulée par le vitré ». Sans excès tant au point de vue de la rétine que du vitré. Pour obtenir cette réaction adhésive, Sourdille emploie deux procédés :

- 1° Injection sous-conjonctivale de cyanure de Hg à 1/1.000;
- 2° Galvano-cautère.

Réservant le premier procédé aux décollements très étendus.

Le galvano-cautère n'étant utilisé que pour les petits décollements.

Pour Sourdille, le fait essentiel est que « toutes les réactions adhésives doivent être provoquées sur toute l'étendue du décollement ». L'intensité maxima doit être recherchée au point le plus exposé aux récidives, c'est-à-dire à la partie supérieure du décollement.

TECHNIQUE. — Mettre le malade au lit dans les jours qui précèdent l'opération, puis lui faire prendre une potion au chlorure de calcium pour éviter les hémorragies.

Le départ pour la salle d'opération doit être précédé par un examen ophtalmoscopique pour voir si le fond de l'œil n'a pas subi de modification. C'est à ce moment que l'on décide le nombre des ponctions, leurs sièges et le mode opératoire : bistouri ou galvano.

1. *Procédé du bistouri.* — Après anesthésie à la cocaïne à 4 p. 100 et lavage au sérum des culs-de-sac conjonctivaux, on prend pour les ponctions soit un couteau de de Graefe, soit un sclérotome de Sourdille. Les ponctions se font la lame dirigée dans un plan méridien de l'œil, le tranchant en avant afin d'éviter l'hémorragie des vaisseaux choroïdiens. La pointe, après avoir traversé la conjonctive, la déprime avant de pénétrer dans la sclérotique. Les ponctions sclérales sont faites rapidement et la pointe est enfoncée 1 centimètre environ.

Aussitôt les ponctions terminées, on injecte au niveau de chaque orifice une quantité globale de 1 cc. à 2 cc. de la solution suivante :

Cyanure de Hg., 2 milligrammes;

Novocaïne, 4 centigrammes;

Eau distillée, 2 cc.

L'injection faite, on dépose dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, gros comme un pois de pommade d'atropine-morphine, et l'on pose un pansement binoculaire.

2. *Procédé du galvano-cautère.* -- Les préparations sont les mêmes que précédemment. On y ajoute cependant une injection sous-conjonctivale anesthésique dans la région de l'intervention. Dix minutes après on dissèque un lambeau conjonctival. La sclère dénudée est alors perforée directement avec l'anse galvanique portée au rouge vif. Cette pointe doit pénétrer de 2 à 3 millimètres dans l'œil et être retirée après 1 ou 2 secondes. Le nombre des ponctions dépend de l'étendue du décollement. La première ponction doit être faite au lieu le plus élevé du décollement. Suture de la brèche conjonctivale. Pommade à l'atropine-morphine.

L'opération terminée, le malade est couché la tête calée en bonne position. Cette immobilisation doit être stricte.

Deux jours après, on change le pansement en instillant des gouttes d'un collyre d'atropine. Le premier examen sera fait vers le septième jour.

Sourdille associe toujours au traitement chirurgical un traitement général : injection de Hg intra-veineuse dans les décollements myopiques, acécoline dans les décollements circulatoires ; insuline dans les décollements diabétiques, etc... Le malade devra rester allongé de 15 jours à 3 semaines.

En cas de récurrence, on peut être amené à pratiquer plusieurs interventions. Le malade guéri devra rester sous la surveillance médicale pour continuer le traitement général.

Telle est la méthode de Sourdille. Examinons maintenant celle de Gonin, basée sur la thermo-ponction oblitérante des déchirures rétinienne.

### **L'opération de Gonin.**

Pour Gonin, la déchirure de la rétine étant la cause déterminante du décollement, tout l'acte opératoire ten-

dra donc à oblitérer cette déchirure. Le traitement opératoire d'un décollement rétinien nous dit Gonin comprendra :

- 1° Examen de l'œil malade;
- 2° Recherches des déchirures rétiniennes et leurs localisations;
- 3° Repérage des déchirures sur le globe oculaire;
- 4° Préparatifs de l'opération;
- 5° L'acte opératoire;
- 6° Précautions postopératoires;
- 7° Interventions répétées.

I. Quand un malade est atteint de décollement rétinien, avant tout examen du fond d'œil il est bon de rechercher la tension oculaire, la réaction et la forme de la pupille, l'état de transparence de la cornée et du cristallin. L'acuité centrale et le champ visuel de l'œil malade.

II. La recherche des déchirures doit être faite en mydriase maxima à l'image renversée en examinant tous les méridiens du globe et particulièrement la région équatoriale où siègent fréquemment les déchirures. L'attention doit se porter sur le secteur rétinien qui correspond au trouble du champ visuel accusé par le malade. Quand on a trouvé une déchirure, il faut, malgré tout, examiner avec soin les diverses parties de la rétine pour voir s'il n'en existe pas d'autres.

III. L'œil étant reconnu opérable il faut pratiquer le repérage proprement dit, qui comprend la recherche du méridien et du parallèle répondant à la déchirure.

On repère tout d'abord le secteur limbique opposé au secteur où se trouve la déchirure et l'on marque un point à l'encre de Chine. Un seul point de suffit pas, il faut faire une contre-marque à l'autre extrémité du diamètre cornéen. La direction de la déchirure étant ainsi indiquée, le parallèle sera déterminé à partir de l'ora serrata que l'on fixe arbitrairement à l'extrême limite visible du champ

ophtalmoscopique. On admet que la constante qui répond à la distance de la cornée à l'ora serrata est de 8 millimètres. Ce chiffre doit être ajouté à celui qui donne la distance de l'ora serrata à la déchirure. Cette seconde distance est appréciée en diamètre papillaire qui correspond en réalité à 1 millimètre 1/2.

IV. Les préparatifs de l'intervention consistent : à prévenir les hémorragies qui constituent la principale complication de la thermo-ponction. A libérer l'intestin en vue de l'abstention de selles pendant quelques jours.

A maintenir la tête dans une position favorable à l'affaissement de la poche rétinienne.

V. L'acte opératoire consiste, après avoir fait l'anesthésie, à passer dans la conjonctive du limbe cornéen, au point où se trouve la marque à l'encre de Chine, un fil terminé par un nœud. C'est le fil qui donnera la direction. Il est tendu au devant du centre de la cornée et doit la partager en deux parties égales. On dissèque un lambeau conjonctival dans le quadrant où se fera la thermo-ponction. Deux fils sont alors passés dans le lambeau pour faire une suture aussitôt après l'opération. Ceci fait avec un compas à vis ou avec un marqueur d'Amsler, on mesure la distance du limbe à la déchirure et l'on marque un point à l'encre de Chine. C'est à cet endroit que se fera l'intervention. On incise alors la sclérotique avec la pointe d'un couteau de de Graefe, aussitôt cette incision on enfonce la pointe du thermocautère à benzine, de quelques millimètres et on la retire après deux ou trois secondes. Les fils conjonctivaux sont noués, le fil de direction retiré on place un bandage binoculaire. La tête du malade est alors placée dans une position favorable pour que le poids du vitré agissant sur la rétine, la tienne appliquée sur la plaie.

VI. Après l'opération le malade doit observer une stricte

immobilité pendant cinq ou six jours. Alimentation liquide. Changement de pansement le troisième jour et instillation d'atropine. Le malade peut quitter son lit huit jours après l'intervention, mais ne doit pas marcher avant une quinzaine de jours.

VII. Il est quelquefois nécessaire de réintervenir, soit que la déchirure soit trop grande, soit que la première opération n'ait pas donné les résultats escomptés.

L'intervalle minimum entre les deux interventions est en moyenne d'une quinzaine de jours.

### Opération de Lindner et Guist.

Parallèlement à l'opération de Gonin et dans le même esprit, l'école de Vienne, personnifiée par Lindner et Guist, a imaginé une modification de l'opération de Gonin : La cautérisation chimique de la déchirure.

La technique n'a été mise sur pied qu'en mai 1931 et a fait l'objet d'un travail important de Lindner dans (*Graefe-Saemisch*, octobre). Les avantages de cette méthode, approuvée par Gonin dans son principe, sont véritablement importants. Elle peut en effet être appliquée dans de nombreux cas où l'opération de Gonin est contre-indiquée. En particulier aux cas de déchirures trop étendues, aux vastes désinsertions à l'ora serrata et aux déchirures multiples.

Nous remercions M. le docteur de Saint-Martin, de Toulouse, qui a pratiqué pour la première fois en France cette opération, d'avoir bien voulu nous permettre de publier deux de ses observations personnelles.

TECHNIQUE. — L'opération dans son principe étant la même que celle de Gonin, le premier temps ne différera pas pour la recherche et le repérage de la déchirure. Donc, localisation de la déchirure dans un méridien et recherche du parallèle. Une fois la déchirure repérée, on

pratique sur la sclérotique mise à nu une série de trépanations non perforantes. Trépanations faites soit à la triphine d'Elliott ou au couteau de de Graefe. Il est indispensable de supprimer le tissu scléral et d'avoir sous les yeux la choroïde que l'on reconnaît à sa teinte franchement noirâtre.

Le nombre des trépanations est proportionnel au nombre des déchirures sur lesquelles on veut intervenir.

On applique alors sur chacune d'elle la pointe d'un crayon de potasse caustique. Le champ opératoire est inondé avec une solution d'acide acétique à 2 p. 100 qui neutralise l'excès de potasse.

L'opération se termine alors comme celle de Gonin; suture des fils conjonctivaux et pansement sur l'œil.

Les résultats d'après Lindner et Gonin (qui avait envoyé à Vienne des malades qu'il considérait comme inopérables par sa technique) paraissent devoir être des plus encourageants.

Au quatrième jour, en effet, on constate en regard de la région cautérisée un placard de choroïdite, d'abord exsudative puis rapidement cicatricielle. Au bout d'une dizaine de jours la réapplication est parfaite.

Cette méthode a un autre avantage, c'est qu'elle évite la formation de plis rétinien, si fréquents dans les suites de la thermo-cautérisation. Plis, qui s'ils passent par la macula rendent l'acuité inaméliorable.

La méthode est trop récente pour qu'on puisse donner une statistique, puisqu'à l'heure actuelle elle n'a été pratiquée que deux fois en France par le docteur de Saint-Martin; mais déjà les premiers résultats constatés sont très encourageants.

Notre prochain chapitre sera consacré aux résultats des différentes méthodes exposées.

---

## CHAPITRE IV

### LES RESULTATS

Depuis l'application des deux méthodes, tant à Nantes qu'à Lausanne, des succès nombreux ont été enregistrés.

Voici du reste les statistiques des différentes méthodes :

Sur 169 opérations, Sourdille a obtenu 71 guérisons et 6 améliorations importantes. Dont 19 succès ont été obtenus avec des décollements de plus de 3 mois et 9 avec des décollements de plus de 6 mois..

Gonin vient, dans les *Annales d'Oculistique* de septembre 1931, de publier sa statistique sur 300 cas observés, et il nous donne les résultats suivants :

Groupe A : Décollement datant de moins de trois semaines ;

Groupe B : Décollement datant de trois semaines à trois mois ;

Groupe C : Décollement datant de plus de trois mois.

| Série I   | { | Examinés | Opérés | Guéris |
|-----------|---|----------|--------|--------|
|           |   | A 34     | 30     | 22     |
|           |   | B 35     | 31     | 15     |
|           |   | C 31     | 20     | 6      |
|           |   | 100      | 81     | 43     |
| Série II  | { | Examinés | Opérés | Guéris |
|           |   | A 29     | 24     | 15     |
|           |   | B 39     | 31     | 15     |
|           |   | C 32     | 20     | 6      |
|           |   | 100      | 75     | 36     |
| Série III | { | Examinés | Opérés | Guéris |
|           |   | A 29     | 21     | 13     |
|           |   | B 46     | 36     | 20     |
|           |   | C 25     | 8      | 6      |
|           |   | 100      | 65     | 39     |

Total : 300 examinés, 221 opérés, 118 guéris.

Ont été enlevés de la statistique les cas dits améliorés.

La statistique du P<sup>r</sup> Gonin concorde à peu près avec celle de nombreux auteurs qui emploient sa méthode.

Arruga, de Barcelone, donne 11 guérisons sur 26 opérés.

Lindner, de Vienne, 11 guérisons sur 25 opérés.

Amsler, de Lausanne, 12 guérisons sur 29 opérés.

De l'ensemble des résultats il ressort que le procédé de Gonin donne un pourcentage supérieur à celui employé par Sourdille. Aussi, bon nombre d'auteurs pensent avec Gonin que pour obtenir la guérison du décollement de la rétine il faut avant tout obturer la déchirure.

« La déchirure de la rétine est bien la cause déterminante du décollement rétinien dit spontané, et qu'il suffit dans les cas récents d'obturer cette déchirure pour amener une réapplication immédiate complète et durable, toute rechute résultant du fait que l'obturation n'a pas été complète et toute récurrence trouvant son explication dans la formation d'une nouvelle déchirure » (Gonin).

Par obturation de la déchirure, Gonin comprend, adhérences entre ses bords et la choroïde, de façon à supprimer le passage du liquide vitréen dans l'espace rétro-rétinien.

Meller, qui pratiquait des thermo-ponctures sans rechercher la déchirure, reconnaît que ses résultats anciens ne sont pas à comparer avec les résultats obtenus par l'obturation de la déchirure.

Stein aboutit aux mêmes conclusions et donne les résultats suivants :

41 opérés avec déchirure visible, 10 guérisons.

14 opérés, absence de déchirure, 1 guérison.

Sourdille lui-même reconnaît que quand il voit la déchirure, il fait son intervention autant que possible dans le voisinage de celle-ci. Et Gonin constate que dans trois observations prises dans la thèse de G.-P. Sourdille, les ponctions au galvano-cautère ont été pratiquées dans la région des déchirures avec prise en considération du méri-

dien et de la distance à partir de la cornée comme Gonin procède en pareil cas, et il ajoute : « Ces trois exemples de guérisons sont tout à l'éloge de l'opérateur, mais ils ne peuvent être comptés au nombre de ceux qu'on oppose aux résultats de la thermo-poncture oblitérante, puisqu'ils dérivent du même procédé. Moins de minutie peut-être dans la localisation, mais aussi moins d'exactitude, compensée en partie par la multiplicité des interventions et l'immobilisation plus prolongée permettant à la réaction adhésive d'intéresser un territoire étendu, voilà ce qui me semble caractériser la méthode de Sourdille. »

Sans vouloir faire avec notre petit nombre de cas une statistique, voici les observations des cas opérés à la clinique ophtalmologique de Bordeaux, dans le service du Pr Teulières. Nous y ajouterons quelques observations dues à l'obligeance de M. le Pr Teulières, M. le Pr agrégé Beauvieux, de M. le docteur Pesme et de M. le docteur de Saint-Martin, de Toulouse.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le P<sup>r</sup> TEULIÈRES).

*Décollement de la rétine de l'œil gauche. Opération de Gonin.  
Guérison.*

Mlle J. O..., 32 ans, de Pampelune, est atteinte de myopie forte depuis l'enfance. Cette malade porte, depuis l'âge de 18 ans, une correction optique d'environ 14 d. Des deux côtés, elle est atteinte de lésions importantes de scléro-choroïdite postérieure myopique avec staphylomes postérieurs assez étendus.

Son état général est assez satisfaisant et elle ne semble atteinte d'aucune affection organique, en évolution.

Depuis un mois, la vue de l'œil gauche diminue progressivement. Examinée par un de nos confrères, elle est reconnue atteinte d'un vaste décollement de la rétine de cet œil et elle nous est adressée pour savoir si un traitement opératoire peut être appliqué.

A l'examen (13 septembre 1930), nous trouvons les lésions suivantes :

O.D.—14 V = 0,7

lésions classiques de myopie du pôle postérieur déjà signalées. T = 20 millimètres, mesurée au tonomètre Schiötz.

L'œil gauche est atteint d'un vaste décollement rétinien : sauf la papille, qui est nettement visible, et la portion externe de la rétine, tout le reste de la membrane visuelle est entièrement décollé et flottant, affectant en haut et en dedans la forme d'une volumineuse poche. La tension est basse, réduite à peine de 10 millimètres. Après dilatation complète de la pupille par l'atropine, nous ne décelons aucune déchirure.

La malade venant de faire successivement deux voyages fatigants, nous pensons qu'il y a lieu de la mettre au repos complet en décubitus dorsal, et elle y reste pendant quatre jours. Nous assistons alors à un recollement progressif de la rétine : la poche supéro-interne s'efface peu à peu et nous observons bientôt très nettement une déchirure rétinienne qui siège en haut et légèrement en dehors ; dans la région rétinienne voisine des lèvres de la déchirure, qui est assez petite, la rétine présente des lésions discrètes, caractérisées par de petites migrations pigmentaires ; au voisinage, la membrane nerveuse semble usée, comme mitée, mais il n'existe pas, à proprement parler, d'autre déchirure. Comme celle dont nous venons de parler est accessible (15 millimètres du limbe), nous décidons de pratiquer l'opération de Gonin (17 septembre 1930). Après repérage de la déchirure, la thermoponcture perforante est pratiquée dans les conditions opératoires normales. De plus, un colmatage igné est pratiqué à l'œil droit, pour le mettre à l'abri des désordres qui ont atteint son congénère. Les suites opératoires sont normales, tant pour l'œil droit que pour l'œil gauche.

Au bout de trois semaines, la malade quitte la clinique en parfait état : le décollement rétinien de l'œil gauche a complètement disparu, la cicatrice opératoire a obturé d'une façon parfaite la petite déchirure et le processus cicatriciel s'est étendu aux portions rétiniennes voisines qui semblaient de mauvaise qualité.

Cette malade a été revue depuis, à plusieurs reprises, par l'ophtalmologiste qui nous l'avait adressée. Le décollement rétinien gauche n'a pas reparu et la vision de l'œil droit s'est maintenue, ce qui a permis à cette malade de continuer à vaquer à ses occupations (employée des Postes). Nous n'avons pas été renseigné d'une façon précise sur l'acuité visuelle de l'œil gauche opéré.

## OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Pr TEULIÈRES)

*Décollement de la rétine de l'œil gauche avec déchirure.  
Opération de Gonin. Guérison.*

M. J. G..., 38 ans, présente depuis l'enfance une myopie d'environ 4 d. ne s'accompagnant d'aucune lésion du fond de

l'œil : ce malade ne s'est jamais plaint de ses yeux, et il porte des verres correcteurs depuis son adolescence.

Le 5 mai 1930, alors que son état général est très bon, mais après une période de travail de bureau assidu, le soir, à la lumière, il ressent un brouillard devant l'œil gauche. Il se présente pour la première fois, à notre consultation, le 6 août 1930 :

L'œil droit n'est atteint d'aucune lésion, avec le verre de — 4 V = I.

L'œil gauche est le siège d'un décollement rétinien siégeant en haut et en dedans, à la partie supérieure duquel se voit très nettement une déchirure de la rétine en forme de porte de four. V = perception lumineuse.

La déchirure rétinienne est immédiatement localisée et, après repérage, la thermo-cautérisation de Gonin est pratiquée le lendemain : il s'écoule par la brèche sclérale un vitré très fluide. Les suites opératoires sont normales et le malade quitte la clinique environ une quinzaine de jours après l'intervention, en excellent état : la rétine est complètement réappliquée, la déchirure a été parfaitement obturée par la cautérisation.

Nous avons revu depuis, à plusieurs reprises, ce malade que nous suivons régulièrement : il est impossible de dire à l'examen ophtalmoscopique qu'il a présenté un décollement rétinien de l'œil gauche ; à part la cicatrice opératoire, qui est auréolée de quelques migrations pigmentaires, son fond d'œil est entièrement normal. Avec un verre de — 4 V = 5/10.

Employé de bureau, il a pu continuer, comme par le passé, un travail parfois très assidu, l'obligeant à veiller tard et à écrire à la lumière.

### OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Pr TEULIÈRES)

*Décollement de la rétine de l'œil droit avec deux déchirures.  
Opération de Gonin.*

Mme D..., 48 ans, atteinte de myopie élevée bilatérale avec des migrations pigmentaires très importantes, surtout à l'œil droit. Cette malade a été vue, pour la première fois, le 3 octobre 1928. Elle présentait alors l'acuité visuelle suivante :

O.D. — 12 V = 0,8

O.G. — 8 V = 1

les verres suivants ont été prescrits :

O.D. — 10 ;

O.G. — 8 pour la vision de loin ;

O.D. — 8 ;

O.G. — 5 pour le travail de près ;

T.O.D.G. sensiblement normale.

Cette malade a porté régulièrement ses corrections optiques et ne s'est pas plaint de ses yeux jusqu'au 27 mars 1931. Elle a remarqué, il y a quatre ou cinq jours, une sensation de brouillard noir devant l'œil droit ; depuis hier, c'est un voile qui obscurcit la vision de cet œil. A l'examen ophtalmoscopique, on découvre un décollement rétinien de toute la partie supérieure de l'œil droit : deux déchirures rétiniennes assez étendues et très postérieures sont manifestes : une visible, en haut et en dedans, l'autre en haut et en dehors. Avec O.D. — 12 V est réduite à 0,1 faible. Perte de toute la moitié inférieure du champ visuel. T = 15 m. m.

O.G. — 8 V = 1 T — 1/2.

On pratique un colmatage igné de l'œil droit et à l'œil gauche une opération de Gonin sur la déchirure supéro-externe à la date du 31 mars 1931.

Le 13 avril, l'examen ophtalmoscopique montre que cette déchirure a été totalement obturée par la cautérisation et que toute la partie externe du décollement a repris sa situation et, réappliquée sur la choroïde, présente une teinte rouge normale. Une deuxième igniponcture de Gonin s'attaque alors à la déchirure supéro-interne. Les suites opératoires de ces deux interventions sont normales. Examinée le 28 avril 1931, l'ophtalmoscope montre qu'une petite corne de la déchirure supéro-interne n'est pas comprise dans la cicatrice, le décollement rétinien a peu à peu disparu ; cependant il persiste une très légère teinte grisâtre de la rétine en dedans.

Revue le 18 juillet 1931, toute la partie supérieure de la rétine est recollée mais elle est sillonnée, ça et là, par quelques brides cicatricielles. La vision n'a pas été très améliorée et reste réduite à 0,1. Revue le 10 septembre et le 4 novembre, il n'y a pas de modification dans l'état du fond de l'œil.

#### OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le P<sup>r</sup> TEULIÈRES)

*Décollement rétinien sans déchirure visible. Colmatage.  
Guérison. Récidive.*

M. D..., 60 ans, vu pour la première fois le 21 mai 1929, ce malade présentait l'état oculaire suivant :

L'œil droit est atteint d'un ptérygion peu développé ; depuis quatre jours, sensation d'un voile, surtout en bas. L'examen ophtalmoscopique démontre un décollement de toute la partie supérieure de la rétine. Il n'existe aucune déchirure rétinienne visible. T — 2.

L'œil gauche est, depuis vingt-cinq ans, réduit à l'état d'un moignon atrophique, à la suite d'un coup de corne de vache. Ce moignon n'est ni enflammé, ni douloureux ; cependant, nous décidons son énucléation, qui est pratiquée le soir même et en même temps qu'un colmatage igné de l'œil droit. Suites opératoires normales. A l'examen ophtalmoscopique, le 31 mai 1929, le décollement rétinien à tout à fait disparu et la vision est rétablie dans tout le champ visuel. V = 0,6. Revu le 11 juin 1929, la rétine droite est en place et il n'existe pas la plus petite trace de décollement. V = toujours 0,6, T = — 1. Le 18 juin, ce malade, que nous avons revu en parfait état une semaine avant, vient encore à la consultation, parce qu'il a fait, il y a deux jours, une longue promenade au soleil, à la suite de laquelle il avait été fortement congestionné et parce qu'il sent depuis un voile noir devant son œil : nous retrouvons alors un décollement de toute la partie supérieure de la rétine, toujours sans déchirure apparente. Nous pratiquons de nouveau un colmatage igné dans la région supérieure du limbe scléral suivi d'injections sous-conjonctivales de cyanure aux quatre points cardinaux. Malgré ce traitement, le décollement persiste et, revu le 10 juillet, ce malade ne présente aucune amélioration dans son état.

#### OBSERVATION V

*Décollement de la rétine de l'œil gauche avec désinsertion.  
Opération de Gonin. Guérison. Récidive.*

M. G. G..., âgée de 20 ans vient consulter le 23 décembre 1929, Le malade raconte l'histoire suivante. Le 12 décem-

bre il constate devant son œil gauche un brouillard gris en haut, d'abord léger mais augmentant de jour en jour. Les objets n'étaient vus qu'à moitié et étaient tordus. Pas de photopsies. La vue diminue de plus en plus et le malade ne distingue plus les objets. Aucun traumatisme, aucune douleur.

A l'examen on constate que l'œil droit a une cataracte pathologique.

OG = décollement inféro-temporal et hypotension.

VOG = 1/60° W. B = négatif Tension au Schlötz OG = 12  
OD = 23

Fond d'œil uniformément décoloré, visible partout.

Vaisseaux normaux. Soulèvement rétinien en bas du côté temporal et paraissant bleuâtre.

24 décembre : OG = colmatage et repos.

4 janvier 1930 : OG = Le décollement a considérablement augmenté. Existence d'une poche. Vaste désinsertion rétinienne à l'ora senata.

5 janvier : OG = Tentative de thermo-cautérisation profonde au niveau de la désinsertion, après ponction au couteau, à 15 mm. du limbe au-dessus du bord supérieur du droit externe.

24 janvier : Recollement de toute la rétine, sauf une petite portion en forme de valvule sigmoïde voisine de la désinsertion.

8 février : OG = doigts à 2 m. Le malade dit voir très bien et plus loin que jamais. Donders avec : (90°-3,50) — 18 V = 1/4 faible.

5 mars : OG = avec (90°-1) — 20 V = 1/2 macula un peu brune. Pigmentation dans tout le fond de l'œil. Aucune trace de l'opération n'a jamais pu être vue. Tension au Schiötz = 11.

Etat parfait. Exéat le 7 mars 1930 avec OG : (90°-1) — 17 pour tout aller.

Le 7 avril 1930, le malade revient. L'état excellent persiste mais l'acuité a un peu diminué V = 1/3.

5 mai 1930 : Le malade part pour Paris où il exerce successivement les métiers de repailleur, manœuvre dans une usine, nettoyeur dans une salle de spectacle.

3 janvier 1931 : Brusquement l'œil gauche se trouble et un deuxième décollement est constitué. La rétine apparaît mince et transparente, d'aspect peu solide. Début d'atrophie du globe.

## OBSERVATION VI

*Décollement de la rétine de l'œil droit avec déchirure. Opération de Gonin.*

Mme D..., âgée de 57 ans, journalière, vient consulter le 9 mai 1930.

OD = décollement myopique maculaire depuis trois jours. Doigts à 25 cm. inaméliorable.

14 mai 1930 : Enorme corps flottant et flou du vitré. Fond d'œil difficile à voir. Déchirure impossible à trouver.

16 mai : OD = colmatage et repos au lit. Malade indocile.

26 mai : Même état au point de vue rétinien mais son vitré est plus clair.

30 mai : Injection cyanure sous conjonctivale. Grosse réaction.

12 juin : Vitré clair. Grande déchirure vers 1 h. 1/2 en forme de fer de lance avec languette supérieure, à 19 mm. du limbe.

25 juin : Repérage et opération faite par M. Ansler suivant la méthode de Gonin.

25 juillet : Décollement complet ; aucune trace visible de thermo-ponction. Sang dans le vitré empêchant de voir la région papillo-maculaire.

V = P. L.

## OBSERVATION VII

*Décollement de la rétine de l'œil gauche, déchirure. Opération de Gonin. Guérison.*

M. G..., 27 ans, vient consulter le 21 juillet 1930. Début marqué par un nuage devant l'œil descendant vers le côté externe. Persistance de la vision de la rétine supérieure.

A l'examen OG = décollement myopique total depuis 5 jours. Œil amblyope depuis toujours mais non dévié. Croissant inférieur à la papille.

|                    |         |          |              |
|--------------------|---------|----------|--------------|
| Tension au Schiötz | OG = 5  | Urines { | Sucré = 0    |
|                    | OD = 16 |          | Albumine = 0 |

Déchirure vers 9 h. à l'*ora serrata*.

29 juillet : OG = opération de Gonin par le professeur Teu-  
lières. Thermo-ponction à 15 mm. du limbe.

6 août : Guérison anatomique parfaite V = 1/60° sans  
verre. Avec 11 V = 1/10. Tension OG = 9.

Sang dans le vitré, persistance de deux plis entre la papille  
et la cicatrice. Les deux cornes de la déchirure ne sont pas  
oblitérées.

15 octobre 1930 : Disparition complète des plis rétinien-  
s. Il ne persiste de la déchirure qu'une petite portion très diffi-  
cile à voir.

7 octobre 1931 : Le sang a disparu. Résultat parfait VOG  
= 1/10 fort.

20 novembre 1931 : Même état V = 1/10 fort.

## OBSERVATION VIII

### *Décollement de la rétine œil droit.*

#### *Trois déchirures. Opération de Gonin. Guérison.*

Mme M..., 52 ans vient consulter le 10 janvier 1931, pour  
perte de la vision de l'œil droit survenue progressivement  
dans la journée du 9 janvier 1931, caractérisée comme suit :

a) Au lever perception de points noirs qui flottaient devant  
l'œil droit.

b) Dans la matinée, tandis que cette femme lavait, elle voit  
brusquement son linge prendre une coloration jaune.

c) Pendant le déjeuner un voile noir est tombé devant l'œil  
droit de haut en bas et la malade a cessé d'y voir de cet œil.  
Les objets situés dans partie inféro-externe du champ visuel  
sont perçus, la partie supérieure de la portion nasale de la  
rétine doit donc être demeurée saine.

OG = myopie forte. Depuis l'âge de 23 ans cette malade  
porte ODG = 6. Aux dires de la malade la myopie a aug-  
menté depuis quelques années.

|                         |   |            |
|-------------------------|---|------------|
| B.W. = négatif ; urines | } | Alb. : 0   |
|                         |   | sucré : 0. |

12 janvier : Examen : OD : décollement myopique. Poche  
supérieure pendant au devant de la macula. Trois déchirures  
vers XI h. C'est dans la paroi temporale de la poche que siège

le système des déchirures. Il existe un pli vertical enjambé par deux fois par un vaisseau rétinien. A sa pointe supérieure, se trouvent trois petites déchirures très voisines. Une supérieure fort petite à l'emporte pièce, losangique, une temporale et une nasale dans un parallèle très voisin. Pas d'autres déchirures. Ce système assez voisin de l'équateur semble accessible à une thermo-ponction.

14 janvier : OD : Opération de Gonin par le professeur Teulières sur déchirures ; pas de ponction préalable.

19 janvier : Pansement argyrol-atropine.

30 janvier : La cautérisation a porté juste sur les déchirures. Plus de flottement rétinien. Quelques brides cicatricielles.

2 février : OD : recollement complet V = doigts à 0 m. 50 sans verres ; avec — 9, V = 1/20 fort.

|                   |   |       |       |
|-------------------|---|-------|-------|
| Sens des couleurs | { | rouge | = 8.  |
| au Chibret        |   | vert  | = 12. |
|                   |   | bleu  | = 8.  |

Sens lumineux de 15 à 7 au chibret.

Persistance d'une fente rétinienne. Sang dans le vitré. Existence d'un pli entre la papille et la cautérisation.

13 avril : Disparition complète du pli et de la fissure rétinienne.

V = 1/10 ; forte avec — 6. Malade suivie 3 mois.

## OBSERVATION IX

### *ODG = atrophie tabétique*

*Décollement de l'œil gauche. Déchirure. Opération de Gonin. Guérison anatomique.*

Mme B..., 51 ans, envoyée par son médecin avec le diagnostic ODG = atrophie optique tabétique (20 mai 1931).

A l'examen OG = décollement inférieur et maculaire avec poche volumineuse, remontant à huit jours.

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| V — OG = PL | Déchirure vers I h. 1/2. |
| OD = 1/40   |                          |

23 mai 1931 : Opération de Gonin par le docteur Doucet sur minime déchirure vers I h. et demi avoisinant une plaque chorio-rétinienne.

Nuit suivante : coliques très violentes; transeât en chirurgie où l'on porte le diagnostic de « volvulus ». Pas d'opération. Guérison spontanée du « volvulus » ?

2 juin : Malgré toutes ces péripéties, guérison anatomique complète. Mais sang dans le vitré.

V = P. L.

## OBSERVATION X

*Décollement myogique de l'œil gauche.  
Déchirure. Opération de Gonin. Guérison.*

Mme V... 57 ans, couturière, est envoyée par son médecin le 15 avril 1931 avec le diagnostic de décollement rétinien de l'œil gauche V = 1/100. La malade est une myope forte qui qui porte pour tout aller ODG = — 8.

Examen : Tension au Schiötz OD = 12 OG = 15  
Urines Albumine = trace.  
sucre = 0.

OD = papille rougeâtre, petite, irrégulière, macula invisible.

*Examen au Zeiss* : OG = lésion de la cornée très superficielle après la prise de la tension. Chambre antérieure profonde sans rien d'anormal. Cristallin un peu trouble avec des traînées radiées diffuses, opaques dans les couches moyennes. Vitré filamenteux avec opacités punctiformes.

Déchirure vers XII à l'*ora serrata*, très difficile à voir et à reconnaître à cause de la réapplication de la rétine. Probablement décollement primitif supérieur ayant décollé la macula pour effectuer sa migration vers VI h.

20 avril : Opération de Gonin par le professeur Teulières à 9 mm. du limbe. Pas d'issue de liquide sous-rétinien ni de corps vitré. Decubitus dorsal tête basse. Immobilité.

3 mai 1931 : Persistance du décollement. Cicatrice trop temporale. L'erreur opératoire pourrait provenir du mouvement de rotation de l'œil pendant le regard vers le bas. Une des cornes de la déchirure semble prise dans le processus de cicatrisation. De la cicatrice s'étend un pli aboutissant à environ deux papilles à une minime déchirure.

5 mai : Opération de Gonin par le docteur Doucet sur la nouvelle déchirure.

15 mai : Obturation exacte de la nouvelle déchirure. La rétine est recollée. Sang dans le vitré.

21 juillet : Guérison du décollement. Mais persistance de sang dans le vitré rendant l'acuité inaméliorable.

#### OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Pr agrégé BEAUVIEUX.)

*Décollement de l'œil droit. Trois déchirures.*

*Opération de Gonin.*

Mme X..., 18 ans. Myopie forte ODG = 14 Dioptries vient consulter en juin 1931.

La malade a brusquement cessé d'y voir de l'œil droit.

À l'examen on constate un décollement inférieur et nasal. Nombreux corps flottants.

La recherche de la déchirure montre qu'il existe trois petits orifices à la partie supérieure d'un placard de chorio-rétinite équatoriale. Méridien V h. et demi.

OD : V = 1/20.

Thermo-ponction unique sur V h. et demi à 14 mm. du limbe faite par (professeur agrégé Beauvieux).

L'examen fait 10 jour après montre la persistance d'un décollement léger en bas.

Revue un mois après. La thermo-ponction a oblitéré deux déchirures. Il en persiste encore une avec aux alentours un minime soulèvement de la rétine.

V = 1/7 faible sans verres.

La malade refuse une deuxième intervention.

Revue quelques temps après on trouve un soulèvement maculaire inférieure et temporal. Elle voit l'échelle déformée et mobile. Pas de xanthopie.

Il n'existe pas d'aggravation du décollement malgré que la malade ait repris ses occupations depuis une quinzaine de jours.

#### OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé BEAUVIEUX)

*(Décollement rétinien de l'œil droit. Déchirure. Opération de Gonin. Guérison un an. Vaste désinsertion à l'ora serrata.)*

Mlle de C..., 57 ans, vient consulter pour perte de la vision de l'œil droit le 24 août 1930.

Le début du décollement remonte à la veille. La malade est une myope forte.

A l'examen on constate un vaste décollement de toute la partie supérieure de la rétine. Celle-ci bombe au-devant de la macula et occupe la région comprise entre X h. et II h. On découvre une grosse déchirure vers I h. très postérieure ; il semble à première vue que cette malade ne pourra pas bénéficier d'une opération de Gonin tant la déchirure est éloignée de l'*ora serrata*.

On met la malade au repos le 25 et le 26 juin.

Le 26 juin on l'examine et l'on constate que la rétine s'est un peu réappliquée, la poche a diminué de volume et la déchirure a subi une ascension vers l'*ora serrata*.

Le 27 juin jour de l'opération on examine la malade et l'on retrouve le même état que le premier jour de l'examen, la poche rebombe, la déchirure a repris sa place postérieure.

27 juin : Opération de Gonin faite par les docteurs Amsler et Beauvieux. Ponction préalable évacuatrice qui doit ramener la déchirure avant l'introduction du thermocautère en un point plus rapproché de l'*ora serrata*.

Thermo-ponction perforante vers I h. à 17 mm. du limbe.

La région de la déchirure montre un mauvais vitré adhérent à une rétine plissée.

En résumé : tir indirect sur but mouvant.

La malade est revue le 15 juillet 1930.

La cautérisation a porté exactement sur la déchirure et l'a obturer complètement. Il ne persiste qu'un minime soulèvement autour de la cicatrice de la thermo-ponction.

Sang abondant dans le vitré et quelques plis rétinien allant de la cicatrice à la macula.

Le 25 juillet les plis ont disparu et le sang s'est résorbé.

La malade se dirige seule avec son œil droit, la rétine est recollée, état parfait V = 1/10 fort.

Cet état dure un an malgré l'imprudence de la malade qui les premiers jours d'août fait un voyage de 400 km. en chemin de fer.

Malheureusement en août 1931 cette femme cesse brusquement d'y voir. A l'examen on trouve une immense désinsertion à l'*ora serrata* du côté nasal. La grandeur de cette désinsertion fait repousser jusqu'ici toute idée d'intervention.

### OBSERVATION XIII

*Décollement rétinien de l'œil droit. Pas de déchirures  
Thermo-ponction. Guérison.*

Mme L..., 57 ans, ménagère, vient consulter le 19 août 1931

Acuité visuelle OD = doigts à 1 mètre.

OG = 1/10.

Avec — 2,50 OG = 6/10 fort. OD, inaméliorable.

21 août : décollement du pôle postérieur, s'étendant à la région maculaire avec une énorme poche occupant la région temporale de la rétine, et dont le bord atteint le bord temporal de la papille. Pas de déchirures visibles. Tension au Schiötz ODG = 15.

26 août : Dissection de la conjonctive dans sa partie supéro-externe. OD : Cautérisations superficielles de la schérotique et une cautérisation perforante aussi postérieure que possible (professeur Teulières).

19 Septembre : Nouvelle poche occupant la région nasale inférieure de la rétine.

22 septembre : Deuxième cautérisation perforante vers V h. par le professeur agrégé Beauvieux.

3 octobre : Résultat opératoire parfait. On ne voit plus de trace du décollement. La rétine est recollée dans sa totalité.

OD = V = 1/20 fort sans verres.

### OBSERVATION XIV

*Décollement rétinien de l'œil droit. Pas de déchirures.  
Opération de Gonin. Guérison.*

Mme P..., 46 ans. Ménagère, vient consulter le 29 août 1931.

O D. = Opérée de cataracte en janvier 1931.

O G. = Opérée de cataracte il y a quatre ans.

Acuité visuelle : O D. doigts à 1 m.

A l'examen on trouve un décollement rétinien de l'œil droit, avec poche volumineuse du côté nasal. Pas de trace de déchirure.

2 septembre : Injection sous-conjonctivale de cyanure.

8 septembre : O D. = V = 1/10. Amélioration évidente de la poche décollée.

11 *septembre* : Injection de cyanure aux quatre points cardinaux.

14 *septembre* : O D. Lueur pupillaire rouge partout. A suivre.

Avec O D ( $0^{\circ} + 2,50$ ) + 7      V = 2/10.

22 *septembre* : Ponction au couteau de la poche décollée, puis thermo-ponction perforante au même endroit, vers 2 h., à 12 mm. du limbe, par le professeur agrégé Beauvieux.

21 *octobre* : Très bon état, le recollement est complet.

O D. avec ( $0^{\circ} + 2,50$ ) + 7      V = 1/6.

Cette acuité a un peu diminué depuis cette époque à cause de nombreux corps flottants hémorragiques.

## OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le docteur PESME.)

Mme S..., âgée de 57 ans, demeurant à S... (Gironde) est venue nous consulter la première fois le 20 novembre 1930 pour des troubles visuels survenus du côté droit. Depuis quelques jours elle observe des mouches volantes très nombreuses et la perception des images est plus confuse que celle du côté gauche. Elle est myope des deux yeux et ces troubles l'impressionnent d'autant plus qu'une de ses amies et voisines myope comme elle, vient de perdre brusquement la vision d'un œil à la suite d'un décollement de la rétine. L'examen oculaire le plus soigneux et le plus attentif ne montre en aucun point le moindre soulèvement rétinien. Le champ visuel est normal. L'acuité visuelle est égale à 6/10 avec un verre de — 9 dioptries. A gauche la vision est égale à 6/10 avec un verre de — 6. Comme il existe un certain trouble poussiéreux du vitré et un certain degré de ramollissement, je conseille à la malade un colmatage et quelques injections sous-conjonctivales qui sont refusés. Je l'avertis alors que si ce trouble augmente ou se complique d'une déformation des objets et de l'apparition d'une tache noire tendant à envahir le champ de la vision, qu'elle revienne aussitôt.

Je vais la revoir 1 mois après le 23 décembre. Elle raconte que le dimanche 21 au cours d'une promenade faite dans l'après-midi, elle aperçut brusquement comme un papillon noir qui voltige sur sa gauche. Cependant, comme la vision centrale

n'est pas gênée et comme le champ visuel ne paraît pas très atteint, elle attribue ce phénomène à une fatigue momentanée? Mais le lendemain matin, lundi, elle s'aperçoit qu'un voile noir s'étend sur sa gauche et que d'heure en heure il gagne sur le centre de la vision ; au point que le soir, elle distingue tout juste sa main placée en face de son œil. Je l'examine le mardi matin. Il existe en haut et en dehors un large décollement rétinien. La membrane largement diminuée bombe dans le vitré, masquant les parties demeurées saines. Au centre du décollement on distingue nettement, à l'image droite une large déchirure en forme de V. à pointe inférieure, avec une petite bande centrale qui sépare les deux branches. Cette déchirure, large de deux à trois diamètres papillaires se trouve sur le méridien de 10 H. Le vitré ramolli est sali par de nombreux exsudats qui oscillent à chaque mouvement du globe. La papille est noyée dans l'œdème ainsi que la région maculaire. Cependant, la rétine tient dans toutes les autres régions et l'examen le plus minutieux ne permet pas de découvrir d'autres déchirures. La vision est réduite à la vague perception de la main.

La malade accepte une intervention. Elle est conduite couchée à la clinique. L'opération est pratiquée le lendemain 24 décembre 1930 avec l'assistance du Dr Montoux, médecin oculiste, qui a examiné la déchirure avec nous.

Nous avons déterminé le méridien en nous aidant des détails anatomiques du limbe. Quand au repérage en parallèle, après de nombreuses mesures, il nous a paru que la déchirure devait siéger à 15 millimètres du limbe, c'est-à-dire à peu près à l'équateur. Après anesthésie rétro-bulbaire et sous-conjonctivale, nous plaçons le fil, repère du méridien, suivant la technique indiquée par Gonin. Le lambeau conjonctival taillé, nous tendons le fil repère, et le long de ce fil nous comptons 15 m/m en nous servant d'une sonde lacrymale que nous avons modifiée à cet effet. Au niveau du point ainsi déterminé un petit coup de galvano met une marque indélébile. Le fil repère est abandonné. Pour atteindre plus sûrement la déchirure j'avais mis dans mon plan opératoire de faire deux et même trois ponctions. Une au point de repère, deux plus en arrière, à droite et à gauche de la première, de manière à encadrer la déchirure, comme les artilleurs encadrent de plusieurs salves le but qu'ils veulent atteindre. Saisissant le galvanocautère, je m'apprêtais à pénétrer à petits coups dans la sclère, quand à la seconde application, la sclérotique, d'une minceur inattendue, éclate

pour ainsi dire, laissant passer un jet liquide. Laisant alors un peu de liquide s'écoule spontanément, je plonge la pointe du galvano au rouge, à 1 demi centimètre. En le retirant je sens comme une adhérence qui se forme, et la plaie se trouve comme colmatée quand la pointe est complètement sortie. J'ai l'impression pénible qu'il est sorti pas mal d'humeur oculaire, le globe est si mou que je n'ose pas pratiquer les deux autres ponctions, me contentant de faire autour de la ponction, plusieurs pointes de feu profondes.

Le lambeau conjonctival rabattu est fixé par deux points de suture. Les suites de l'opération ont été des plus simples. La malade n'a jamais souffert et le globe n'a présenté aucun signe d'une réaction inflammatoire. Les fils sont enlevés le quatrième jour et à cette occasion la malade note déjà une amélioration fonctionnelle. Le premier examen ophthalmoscopique pratiqué le huitième jour montre que le décollement a disparu. On devine en haut et en dehors, une tache rouge sombre, hémorragique, à l'endroit de la thermojonction. Un caillot sanguin en part, qui plonge dans le vitré. Au milieu de ce dernier quelques flocons hémorragiques très ténus. Le champ visuel paraît entièrement restauré, la malade voit très nettement la main placée en face de son œil. Un mois après la rétine est partout en bonne place avec une belle couleur rouge. Le vitré est clair, la papille est nette. En haut et en dehors on découvre une tache blanche bordée de pigment noir. Sur un des bords un petit reliquat hémorragique.

La malade revient nous voir le 21 février et nous en profitons pour la montrer à des confrères en particulier au Dr Montaux qui a vu le décollement et la déchirure. La vision est égale à 4/10 avec un verre de — 9 dioptries. Le vitré est clair, le champ visuel normal.

L'examen des urines de cette malade s'est montré constamment négatif ainsi que la réaction de B. W. qui a été pratiquée dans le sang. Aucun traitement anti-spécifique n'a été fait. Au point de vue général cette femme présente des troubles d'insuffisance hépatique légers et une mauvaise circulation veineuse (varices et phlébites).

Revue le 25 novembre, on constate :

OD = 4/10 avec — 9

OG = 8/10 avec (0°-1) — 8

## OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le docteur PESME.)

*Décollement spontané et récent de la rétine chez un myope.  
Traitement par le colmatage. Guérison.*

M. D..., de B... (Gironde), âgé de 49 ans est astreint à des travaux d'écriture qui l'occupent parfois jour et nuit.

Après une période de travail particulièrement pénible il éprouve au mois de juillet 1927 des phénomènes lumineux curieux par leur intensité. Un soir, il causait devant sa porte avec des amis, quand il aperçut des éclairs, se succédant avec une telle rapidité qu'il en fit la remarque aux personnes qui se trouvaient là. Celles-ci interrogèrent vainement le ciel et ne virent absolument rien. Cet incident le préoccupa, mais il ne s'arrêta pas dans son travail. Cependant, à partir de cet événement, il éprouve une gêne persistante dans sa vision. Un voile s'étend devant lui qu'il cherche à écarter machinalement avec la main. Au commencement du mois d'août, il part en vacances, mais constate à son retour une aggravation. Le voile s'est épaissi et agrandi, une grande partie des objets lui semblent plongés dans une demi-obscurité. Justement inquiet, il consulte un confrère qui note : « Œil droit : décollement rétinien myopique avec hypotonie ».

J'examine cet homme le 16 août et je constate l'existence dans son œil droit d'un commencement de décollement de la rétine. Dans sa partie externe, la membrane nerveuse a un aspect grisâtre, les vaisseaux sont tortueux et charrient un sang noir, l'étude de leur déplacement montre qu'ils sont soulevés au-dessus du plan des autres parties de la rétine.

Dans le corps vitré, trouble, nagent des corps flottants. L'examen du champ visuel montre un scotome correspondant. L'acuité visuelle est réduite à 1/10, peu améliorable avec un verre de — 10. A gauche, le fond de l'œil est normal, sauf en haut et en dehors, où existent quelques placards de choroïdite pigmentaire; et la vision égale à 7/10 avec un verre de (15° — 0,25) — 11. La tension oculaire mesurée au tonomètre de Schiötz est de 20 millimètres pour chacun des yeux. Urines normales. Cet homme n'a reçu aucun traumatisme et nie tout antécédent spécifique.

Le jour même, hémicolmatage supérieur, suivi quatre jours après d'un hémicolmatage inférieur. Le traitement médical :

atropine, décubitus, immobilisation, a été mis en œuvre dès le début de la maladie.

Au cours de la deuxième intervention, le malade signale la déformation des murs de la salle d'opération. Le 24 août, injection sous-conjonctivale d'eau salée, qui entraîne une poussée d'hypertonie. Le 31, deuxième injection qui est suivie, quatre heures après, d'une crise de vagotonie : malade pâle, prostré, se plaignant de nausées violentes. Le pouls est ralenti, j'é compte 52 pulsations au lieu de 72 dénombrées dans son état normal. Une troisième injection est suivie de phénomènes analogues, mais beaucoup moins accusés. Quand le malade sort de la clinique, le 4 septembre, l'acuité visuelle est de 2/10, et l'examen ophtalmoscopique montre une rétine qui paraît recollée. La tension centrale est de 20 millimètres au tonomètre de Schiötz. Le 26 septembre, l'acuité visuelle égale 5/10 avec — 11. Le 3 novembre, l'acuité est remontée à 6/10 avec ( $15^{\circ}$  — 0,50) — 12, le malade a repris ses occupations. Le 10 mars 1928, l'acuité est de 8/10 avec ( $15^{\circ}$  — 0,50) — 12, fond d'œil normal.

M. D... est venu nous revoir, à notre prière le 26-11-31. L'acuité visuelle de l'œil droit est égale après correction ( $15^{\circ}$  — 0,75) — 13 à huit dixième. L'examen ophtalmoscopique montre une rétine parfaitement en place et bien visible à travers un vitré transparent. Les portions recollées situées dans les régions temporales moyenne et inférieure occupent les portions extrêmes de la membrane et s'étendent jusqu'à l'*ora serrata*. Elles se reconnaissent à leur coloration, ces zones de teinte plus claire, jaune chamois, sont parsemées de paquets pigmentaires donnant un aspect tigré. Le léger scotome qui en résulte ne gêne nullement le malade. La tension oculaire est dans les limites normales.

A gauche, myopie de 12 D. avec astigmatisme, petit staphylôme postérieur. L'acuité visuelle de cet œil est égale à 8/10 après correction ( $0^{\circ}$  — 0,50) — 12.

#### OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le docteur PESME.)

*Décollement rétinien myopique,  
traité et guéri par le colmatage depuis 9 ans.*

La malade est une femme de 52 ans, myope des deux yeux qui fit en mai 1922, du côté droit, un décollement de la rétine

précocement diagnostiqué et traité aussitôt par le colmatage. Cette malade présentant une réaction de B. W. fortement positive fut soumise en même temps à un traitement spécifique. En octobre 1922 le décollement avait disparu et l'acuité visuelle était de 1/4 avec un verre de — 6 dioptries.

Actuellement (mai 1925) l'acuité de cet œil est de 4/10 avec ( $0^{\circ}$  — 1) — 9. Le champ visuel est normal et la tension oculaire de 15 millimètres est analogue à celle de l'œil congénère dont l'acuité visuelle ne s'est pas modifiée (5/10 avec — 7).

Cette malade est venue nous revoir le 25 novembre 1930, pour un trouble de la vision survenu récemment non sur l'œil autrefois soigné, mais pour le congénère. Nous avons pu constater que la rétine autrefois décollée était toujours en place présentant seulement l'aspect tigré bien connu traduisant les bouleversements pigmentaires qui succèdent toujours à cette grave affection et qui restent comme un témoignage définitif. L'acuité visuelle est toujours égale à 4/10 après correction avec un verre de ( $0^{\circ}$  — 0,50) — 9 (astigmie d'une dioptrie conforme à l'ophtalmomètre). A gauche le trouble visuel était consécutif à une hémorragie rétinienne située dans le voisinage du disque optique. Une vingtaine de jours après l'acuité de cet œil était de 7/10 avec un verre de — 6.

### OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance du docteur de St-Martin de Toulouse.)

*Décollement de la rétine de l'œil gauche.*

*Opération de Gonin. Opération de Guist.*

Mme B..., 58 ans, vient consulter pour un décollement rétinien spontané de l'œil gauche (myopie forte), vers le 23 juin 1931. Le décollement date de 6 jours environ.

A l'examen on constate que la rétine est soulevée de haut en bas dans tout le secteur externe, paraissant comme un rideau antéro-postérieur. Vitré trouble, avec nombreux flocons.

25 juin : Deux ponctions, au couteau de de Graefe, pratiquées en arrière de l'équateur au-dessus et au-dessous du droit externe.

29 juin : La rétine est réappliquée presque intégralement : seuls un îlot supérieur et un inférieur persistent. La rétine paraît mince et craquelée par places, surtout sur le méridien

de III h. La cicatrice de la ponction inférieure est visible : point blanc scléral entouré d'une étroite zone hématique.

4 juillet : La rétine est partout d'aspect normal avec traînées dépigmentées mais non plissées. Les cicatrices de ponction sont invisibles. Une zone grise, très floue, persiste vers V h. à 4 D. p. Pas de déchirure visible, mais point suspect vers V h. à 5 D. p.

Champ visuel partout conservé sans déformation, sauf entre X h. et I h.

6 juillet : Opération de Gonin. Point visé à 16 m/m sur V h., vitré consistant.

14 juillet : Se lève pour la première fois. Rétine partout recollée.

15 juillet : Fond partout normal. Vers XII h. et au-dessus de la papille zone grise, par fines plicatures cicatricielles. Cicatrice de ponction très nette, à la place présumée de la déchirure, autour, la rétine est pigmentée et absolument plan. Cicatrice de ponction à bords précis avec léger halo jaunâtre. Champ récupéré partout.

17 juillet : Milieux tout à fait limpides. Un gros flocon filiforme se voit dans le vitré. La rétine est partout complètement réappliquée sans la moindre plicature. Sur I h. placard légèrement dépigmenté. Champ visuel intégral. Myopie de 6 dioptries avec — 6, V = 1/10 fort.

10 septembre : Depuis 15 jours le champ nasal s'est retréci. Teinte opalescente du secteur temporal de I h. à V h. De la cicatrice de la thermoponction part une plicature de part et d'autre d'un vaisseau ; une autre plicature oblique vers VII h.

24 septembre : vers III h. en pleine zone grise, une déchirure presque linéaire verticale, à l'extrême périphérie voisine d'une zone criblée, localisée à III h. et à 14 m/m du limbe.

27 septembre : Opération de Gonin. Les points de repères du limbe sont à IX h. 1/4. Le fil directeur est attaché. Dissection conjonctivale et écartement de l'aileron supérieur du droit externe. Repère limbique temporal placé au violet. Repère local placé sur marqueur de 14 m/m exactement sur III h. 1/4. Galvano-ponction sur ce point. Sutures conjonctivales, atropine.

7 octobre : Après 3 jours de pansement binoculaire. 8 jours de séjour couché, puis mouvements progressifs. La région cautérisée est grise et floue.

La cicatrice jaune est tout contre la déchirure, du côté externe. Celle-ci s'est agrandie par déchirement du point

médian. Champ presque total avec scotome en regard de la région déchirée.

15 octobre : Persistance de plicatures temporales parallèles.

20 octobre : Le docteur Amsler découvre une désinsertion rétinienne à l'*ora serrata*, de II h. à VII h.

21 octobre. — Opération de Guist (Dr Amsler). Quatre orifices scléraux au trépan avec choroïde mise à nu. Cautérisation à la potasse caustique (neutralisation à l'acide acétique). La cornée est devenue opaque sous l'action de l'acide acétique.

22 octobre : Œil calme, cornée un peu œdemateuse, iris net, voit la main presque partout.

25 octobre : Cornée claire. Champ nasal récupéré.

30 octobre : Réaction disparue, légère hypotonie, milieux clairs, plicatures plus précises dans le secteur temporal, zone inférieure floue. Champ récupéré partout sauf vers 1 h.

## OPERATION XIX

(Due à l'obligeance du Docteur de St-Martin  
de Toulouse.)

*Décollement myopique spontané de l'œil gauche.*

*Opération de Guist.*

Mme C..., 40 ans.

O D : Perdu par décollement rétinien total. Glaucome secondaire.

O G : Décollement spontané datant de 48 heures. Myopie progressive.

27 octobre 1931 : 1<sup>er</sup> examen. — Soulèvement considérable de tout le secteur inférieur, remontant au-dessus du méridien horizontal dans les secteurs externe et interne. Dans le secteur inféro-externe, entre le méridien de 3 h. et 6 h., la rétine est criblée de déchirures, dont certaines ne sont séparées que par de minces brides rétiniennes. Cette région est repérée entre les méridiens ci-dessus et entre les distances au limbe de 15 à 19 mm.

29 octobre : Opération de Guist :

1. Mise à nu de la sclérotique (technique de Gonin) entre les droits externes et inférieurs. Les fils directeurs suivent l'axe des deux muscles ; celui de 3 h. empiète sur le 1/3 inférieur du droit externe. Le muscle est récliné par un écarteur, puis partiellement excisé.

2. 10 trépanations de la sclérotique sont pratiquées : la première à la tréphine d'Elliott. Elle est perforante d'emblée en raison de l'extrême minceur de la sclérotique. L'ouverture est fermée par une anse de soie en U. Les neuf autres trépanations sont pratiquées au couteau de Grafe, en prenant la sclérotique (l'œil étant extrêmement mou) entre les mors d'une pince à iris. Elles sont conduites jusqu'au plan de clivage entre la sclérotique et choroïde, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition de la teinte franchement noire de cette dernière. Elles affectent la topographie d'un triangle à base parallèle au limbe et à 14 mm., à sommet dirigé vers le pôle postérieur à 20 mm.

3. Sur chaque trépanation est posé le crayon de potasse caustique, puis le champ opératoire est abondamment lavé à la solution d'acide acétique à 1 %.

8 novembre : Après 48 heures de violentes douleurs spontanées et à la pression et forte réaction sclérale, éclaircissement progressif de la cornée opacifiée par l'acide acétique. Il est possible de constater que le champ nasal est rétabli.

Après quatre jours, le champ paraît être intégral et la vision centrale très améliorée (compte les doigts même à la périphérie).

Après dix jours, examen : La lueur pupillaire est partout rouge, sauf dans la zone correspondant à la cautérisation qui apparaît blanchâtre.

A l'ophtalmoscope, le fond paraît partout normal, sans traces de plicatures rétinienues. Il existe un placard blanchâtre, floconneux, bien délimité, en regard de la zone cautérisée, à l'extrême périphérie inféro-externe. Immédiatement au-dessous est une cicatrice discoïde blanche de 1/2 di. pap. correspondant à la trépanation perforante. Petit flocon hémétique dans le vitré, qui est clair par ailleurs.

20 novembre : Champ conservé intégralement. Il n'existe plus trace de décollement. La région cautérisée s'est notablement dépouillée. On perçoit les cicatrices des déchirures : dans le bas, deux points paraissent insuffisamment cautérisés. Vitré clair.

---

## CHAPITRE V

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

---

La plupart des observations que nous venons de présenter sont celles de malades traités suivant la méthode de Gonin. Le pourcentage que nous en pourrions faire présenterait un certain intérêt, du fait qu'à un malade près il s'agit d'opérations de Gonin en série, mais d'autre part, leur nombre est trop peu élevé pour qu'un rapport entre les cas guéris et le total des cas ait une valeur réelle. De plus, et bien que nous ayons toujours accordé le même soin à nos examens, nous n'attribuons pas une aussi grande valeur à nos tout premiers repérages qu'à ceux que nous faisons maintenant.

En somme, le petit nombre de nos malades, s'il nous a permis d'acquérir certaines connaissances en matière de décollement, doit nous rappeler que les cas successifs ont été traités avec une expérience en train de se constituer. Les considérations peuvent être étendues sans doute à bien des auteurs, aussi n'attribuerons-nous pas une très grande importance à des statistiques un peu fragiles et préférons-nous encore quelque temps l'esprit de finesse à l'esprit géométrique.

La méthode de Gonin que nous avons appliquée depuis deux ans avec prédilection n'a pas l'avantage de satisfaire l'esprit. Elle n'est pas pathogénique, néanmoins, la précision de la symptomatologie de son auteur, la méthode qu'il apporte à l'étude de tous les cas est une véritable innovation.

Par elle, que chaque auteur adaptera à ses connaissances et à sa méthode propre, nous arrivons en même temps qu'à mieux connaître l'œil malade, à soupçonner des divisions dans le décollement dit « idéopathique ». Et l'avenir nous montrera peut-être une évolution analogue à celle que subit depuis quelques années « le glaucome ».

La méthode de Gonin est symptomatique, logique. Au prix des traitements anciens, c'est bien un mérite pour elle que d'être d'une mécanique compréhensible, bien que les causes premières nous échappent.

Gonin lui-même a publié (*Annales d'ocul.*, septembre 1931), les indications et les causes d'échec de sa méthode.

Nous ne pourrions mieux les indiquer que lui-même car nous les avons toujours vérifiées. Aussi, désirant le moins possible le répéter, allons-nous simplement exposer l'examen que nous avons coutume de faire et d'après lequel il nous semble que nous avons les données cliniques les plus précises sur un cas de décollement rétinien.

Le diagnostic étant la plupart du temps à faire lorsque nous voyons le malade, les premiers renseignements que nous obtenons sont d'ordre général, âge du sujet, habitus extérieur, etc... Puis le sujet nous met au courant des symptômes ressentis, que nous lui faisons préciser, nous connaissons ainsi la date de début des premiers signes et leur localisation primitive. C'est en effet dans le secteur atteint le premier que nous devons logiquement chercher la déchirure.

Cependant, il s'en faut que tous les décollements commencent ainsi par des troubles localisés et connus du malade, souvent on nous relate seulement une baisse plus ou moins marquée d'acuité. L'histoire du malade précisera parfois par l'importance du voile qui recouvre les objets par l'existence de métamorphopsie, de xanthopsie, de photopsie, et la persistance possible d'une partie de l'acuité, la valeur de la rétine maculaire. Nous n'avons pas l'habitude de rechercher à ce moment les antécédents généraux

souvent en rapports bien éloignés avec l'affection qui nous occupe. Plusieurs d'entre eux cependant nous intéressent suffisamment pour que nous nous en enquérions dès maintenant : localement l'existence de myopie progressive et de traumatisme et d'autre part une syphilis possible. Cet examen aidé de la recherche de quelques autres signes bien connus (éclairage de contact, tension oculaire, etc...), nous permettent de poser avec précision le diagnostic de décollement idiopathique. Après un rapide examen skiascopique et ophtalmométrique, certain désormais qu'il s'agit d'un décollement, nous essayons par la méthode de Donders de déterminer la meilleure acuité. Nous procédons ensuite à la dilatation irienne. Nous repassons alors dans la chambre noire pour faire un examen complet. Eclairage oblique rapide nous indiquant *grosso modo* l'état de l'iris et du cristallin. Examen au miroir plan nous donnant une vue sur le cristallin et le corps vitré, vue que nous considérons comme très incomplète en regard de procédé d'examen plus approfondi que nous emploierons tout à l'heure.

Le malade étant en dilatation atropinique et adrénalinique maximum nous faisons l'étude au miroir plan de la lueur pupillaire, déterminant ainsi, comme Gonin, un schéma de cette lueur.

Le décollement est ainsi localisé dans une certaine mesure; et déjà nous entrevoyons plusieurs hypothèses, plus ou moins confirmées par l'histoire de l'affection, sur le début du décollement et sa migration possible, sur le fait que cette migration de haut en bas sous l'effet de la pesanteur, s'est effectuée par la portion de rétine nasale, ou par la portion temporale par rapport à papille après avoir décollé la macula. Hypothèses que nous faisons sans y croire encore et que détruiront ou affirmeront nos constatations ultérieures.

Nous prenons alors le miroir concave et ayant jeté un coup d'œil général, sur la rétine saine et les portions décol-

lées, sur la macula et sur la papille, nous commençons l'examen systématique partant de la papille vers la périphérie; puis de la périphérie à la papille par le secteur dans lequel nous avons déjà induit que devait se trouver la déchirure. Nous suivons pas à pas les indications de Gonin et nous arrivons à connaître ainsi l'aspect de toute la rétine.

Avant notre examen de la rétine à l'image renversée, nous avons soin de regarder au miroir concave sans l'aide de la loupe : sorte d'examen à l'image droite qui peut être très précis et dispenser de l'image renversée dans les cas où le vitré est très clair et où la réfraction s'y prête. Cet examen est long, demande à être minutieux. Aussi pour ménager notre attention et la docilité du malade, faisons-nous plusieurs petits examens de dix minutes.

Chemin faisant, nous avons ainsi trouvé la déchirure et l'avons spécialement étudiée. Nous savons si elle est unique ou multiple, postérieure ou périphérique, quel est son type : trou à l'emporte-pièce, déchirure en fer de lance ou désinsertion à l'ora serrata. Nous connaissons ainsi la valeur de la rétine tout entière, qui nous est montrée par son état anatomique (transparence, aspect de fragilité, ankylose ou mobilité des plis) ou pathologique (hémorragies, migrations pigmentaires, boutons ou placards de chorio-rétinite de situation variée, souvent équatoriale). Enfin dans l'aspect de cet œil que nous avons examiné, nous pouvons soupçonner l'existence d'une rétraction du corps vitré que nous avons trop rarement vue pour pouvoir lui apporter une importance de pronostic.

Connaissant ainsi le mieux possible notre segment postérieur nous passons de nouveau à l'étude de l'antérieur et des parties antérieures du corps vitré au moyen de la lampe à fente.

Nous recherchons l'existence, de légères pigmentations disséminées sur la face postérieure de la cornée et des deux cristalloïdes ainsi que les flottéments dans l'humeur

aqueuse, l'existence des moindres signes d'uvéïte, enfin la possibilité d'une cataracte pathologique en particulier à son premier stade caractérisé par le chatoiement polychrome de la bande postérieure. Le vitré nous montrera souvent, un état jumenteux, caractérisé par l'abondance des précipitations pigmentaires sur ses fibrilles, une disparition plus ou moins complète de la charpente, enfin des corps flottants paraissant blancs à l'éclairage de la lampe à fente et passant dans le champ du microscope d'autant plus vite que la liquéfaction du vitré est plus avancée<sup>2</sup>. Lorsque cet examen a révélé des désordres importants de l'uvéïte ou leurs résultants vitréennes ou cristalliniennes, en particulier le début d'une cataracte pathologique, l'expérience nous a prouvé que le pronostic était mauvais. Nous estimons avoir du sujet une connaissance précise. Nous avons fait successivement le diagnostic de décollement rétinien, puis de décollement idiopathique ; le diagnostic de lésions concomitantes possibles, nous donnant une idée de la valeur de l'œil indépendamment du décollement. Dans la généralité des cas le décollement sera l'affection principale et l'indication du traitement résultera de ce simple fait que c'est surtout à lui que sont dus les troubles visuels.

Le pronostic le plus favorable sera réalisé lorsque le décollement est à son début, c'est-à-dire, dans la première semaine environ, lorsque l'œil ne présentera en plus du décollement que des lésions minimales, lorsque l'on trouvera une déchirure unique, petite, facilement accessible.

Le siège primitif du décollement n'est pas sans importance ; les meilleurs sont ceux qui sont primitivement inférieurs, les supérieurs ayant en effet une tendance à migrer vers le bas, décollant ainsi sur leur passage une grande partie de la rétine. Or, cette migration, en soulevant la rétine maculaire, dans les cas où elle se fait par le côté temporal de la papille, crée ainsi une lésion d'où peut résulter une amblyopie définitive, même si la guérison anatomique semble parfaite.

Les grandes déchirures ne peuvent pas être oblitérées par une seule cautérisation ; aussi, dans ce cas, le pourcentage des guérisons est-il moins considérable. Lorsque la déchirure est suffisamment grande, il ne peut plus être question de refaire l'oblitération par le même procédé. On est réduit, par une série de cautérisations plus ou moins nombreuses et rapprochées, à créer en plusieurs séances un boulonnage de la lèvre interne de la déchirure. Dans ce cas, la déchirure elle-même n'est pas obturée, les risques sont multipliés en fonction du nombre des opérations. C'est pour cette raison apparemment que les désinsertions à l'ora serrata ont paru si graves aux auteurs. L'état du reste de la rétine nous donne aussi de puissants éléments pronostics, certaines rétines étant trop friables et se déchirant au voisinage des cautérisations les mieux réussies, rendant ainsi insoluble le problème de l'obturation par le thermocautère.

Dans certains cas, ce n'est pas la transparence d'une rétine fragile qui nous frappe, mais au contraire un aspect opaque particulier avec une immobilité relative des plissements. Cela ne se voit d'ailleurs que dans les décollements anciens : c'est l'ankylose des plis rétinien dont parlent les auteurs de la méthode.

Le corps vitré peut, jusqu'à un certain point, nous indiquer l'état de la chorio-rétine par les modifications pathologiques que constate la lampe à fente.

L'état jumenteux, la dissémination de fibrine sur la trame sont des phénomènes trop communs pour servir de base à un pronostic. Le trouble général du corps vitré que l'on constate souvent passe la plupart du temps en trois ou quatre jours de repos, que l'on ait fait ou non des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure. Mais il y a des troubles plus prononcés, plus floconneux, dont le pronostic est tout autre et dont nous parlerons à propos des décollements par choroïdite diffuse. Le microscope cornéen nous montrera aussi certains signes d'uvéite générale-

ment discrets. Disséminations de pigments se déposant plus spécialement sur les cristalloïdes antérieures et postérieures, mauvaise dilatabilité de l'iris à l'homatropine, présence même de quelques synéchies. L'état de l'autre œil peut influencer grandement sur le pronostic. Le pronostic est aggravé en effet quand l'autre œil est perdu par décollement rétinien ou qu'il montre à un degré avancé des lésions que nous constatons à leurs débuts dans l'œil atteint de décollement. Il est en effet compréhensible que l'opération de Gonin, visant à guérir par l'obturation d'une déchirure, soit impuissante si le reste de l'œil est en trop mauvais état. Tels sont les éléments sur lesquels s'établira le pronostic avant d'opérer.

L'opération faite, le malade, suivant Gonin, peut être examiné à son lit rapidement le sixième jour, si l'on a eu la précaution de le maintenir dilaté par l'atropine. Cependant, pour cette double raison qu'à cette période le vitré est encore un peu trouble et que l'on peut craindre une mobilisation intempestive de l'œil, il est prudent de remettre le premier examen au dixième jour environ. A ce moment, si le résultat de l'opération est mauvais, on peut presque affirmer qu'il le restera. Si la rétine est recollée, on ne peut conclure que le résultat soit bon que si le processus de cicatrisation englobe toute l'ancienne déchirure. Dans le cas où il reste même un pertuis minime, le sujet garde de la métamorphopie par mauvaise réapplication de la région maculaire, même si le résultat semble anatomiquement parfait. Et si la cicatrisation ne se fait pas rapidement, le décollement se reconstitue. Dans les cas où la cicatrice nous semble parfaite et la rétine réappliquée, deux ennuis peuvent néanmoins survenir. On peut observer des plis rétiens, allant souvent de la cautérisation à la papille, mais pouvant chevaucher la macula, plis qui peuvent cependant disparaître spontanément en un ou deux mois. Il se produit aussi parfois des hémorragies tardives qui prennent naissance au niveau de la cicatrice et dont l'abon-

dance ou la répétition menace parfois le vitré d'une opacification définitive. Il est possible aussi que ces hémorragies puissent aboutir à la production d'une rétinite proliférante, mais nous n'en avons pas encore observé. Enfin, très rarement, nous avons vu se produire une iridocyclite.

Par opposition aux cas dans lesquels nous nous sommes cru autorisé à opérer suivant la méthode de Gonin, nous en décrivons maintenant d'autres où nous a semblé prédominer un trouble du corps vitré. Trouble qui, contrairement à celui dont nous avons déjà parlé, est peu influencé par le repos. Il s'agit en somme de malades chez qui on a fait le diagnostic de décollement rétinien. On les met au repos, on leur fait des injections sous-conjonctivales de cyanure sans que le vitré arrive réellement à s'éclaircir. Aussi n'arrive-t-on pas à examiner le fond d'œil avec assez de précision pour déterminer l'existence d'une déchirure.

Certains caractères du vitré et de la chorio-rétine communs à tous ces cas sembleraient en faire une catégorie à part. Le corps vitré profondément dégénéré est atteint d'un trouble floconneux et d'épais tourbillons s'y voient dans les mouvements du globe. Enfin, lorsque le fond d'œil apparaît dans l'intervalle de deux flocons, on devine une chorio-rétine plus opaque, plus blanche que normalement. Dans la plupart des cas où il nous a été possible d'examiner une portion périphérique du fond de l'œil, nous avons pu voir des amas charbonneux équatoriaux, reste de chorio-rétine, et qui ont toute l'apparence de la chorio-rétine équatoriale syphilitique classique. Il nous a semblé que, dans ces cas, nous devions avoir affaire à une chorio-rétinite exsudative dont le décollement n'était qu'une conséquence. Nous pensons, sans pouvoir l'affirmer, puisqu'un examen systématique du fond d'œil n'est pas possible, que, dans ces cas, il n'y a pas de déchirure, ou que tout au moins si elle existe, elle est la conséquence de la mobilisation rétinienne et non la cause.

Pour nous, il s'agit d'un soulèvement par d'abondants exsudats, forme de décollement qui serait tout à fait différente de celle que décrit Gonin. Là, le repos et le traitement syphilitique systématique nous ont parfois donné de bons résultats. Nous en avons un exemple assez récent dans le cas de Mme L..., 63 ans, qui avait un décollement rétinien de l'œil gauche avec choroïdite équatoriale syphilitique. Cette malade fut traitée par le repos et les injections de cyanure de mercure sous-conjonctivales. Au bout d'un mois, sa rétine était partout réappliquée et la vision était remontée de 1/100 à 2/10 fort.

Aussi, sans pouvoir affirmer nos vues basées sur l'étude d'un trop petit nombre de cas, pouvons-nous cependant dire que si la plupart des décollements rétiniens dit idiopathiques sont accompagnés de déchirures, il en est qui sont dus à l'évolution d'une chorio-rétinite exsudative. Point n'est besoin chez eux d'obturer une déchirure pour obtenir la guérison.

Aussi, pratiquement, employons-nous l'opération de Gonin sans discussion dans les cas types. Des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure dans les cas par choroïdite. Dans les cas où nous voyons une déchirure mais où l'opération de Gonin ne semble pas nettement indiquée, nous empruntons à l'une et à l'autre des méthodes ce qu'elles nous semblent avoir de logique dans le cas particulier, sans leur accorder d'ailleurs une bien grande confiance.

---

## CONCLUSIONS

Les cas de décollements rétiniens dits idiopathiques que nous avons eu l'occasion d'observer sont au nombre de 18, chiffre insuffisant pour qu'il nous soit permis de faire un pourcentage de guérison.

I. L'opération de Gonin est nettement indiquée quand :

a) le décollement est assez récent (15 jours au plus) ;

b) la déchirure est visible, facilement accessible et de petite dimension ;

c) l'état de l'œil et l'état général du sujet sont bons.

II. Quand le décollement est dû à une choroïdite exsudative, le traitement indiqué est :

a) le repos ;

b) les injections sous conjonctivales de cyanure de mercure ;

c) les injections intra veineuses de cyanure de mercure.

III. Quand le décollement ne répond à aucune de ces deux éventualités, il conviendra de pratiquer soit une thermocautérisation perforante au niveau de la poche rétinienne, entourée de quelques cautérisations simplement vésicantes, soit plusieurs cautérisations non-perforantes de la sclère dans la région correspondante au décollement, soit un colmatage igné.

Ces différentes interventions sont toujours suivies d'injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure.

*Vu,*  
*Le Doyen.*  
C. SIGALAS.

*Vu, bon à imprimer :*  
*Le Président de thèse,*  
TEULIÈRES.

Vu et permis d'imprimer.  
Bordeaux, le 1<sup>er</sup> décembre 1931  
*Le Recteur de l'Académie,*  
F. DUMAS.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Amsler.** — La technique du repérage des déchirures rétiniennes et l'opération de Gonin. (S. O. P., novembre 1929).  
— Réflexions sur l'état actuel du problème de la pathogénie du décollement rétinien. (S. F. O. 1929).  
— Topographie ophtalmoscopique et D<sup>t</sup> R. (*Annal. ocul.*, septembre 1928).  
— Remarques cliniques et anatomiques sur la thermo-cautérisation perforante. (*Annal. d'ocul.*, 1929 novembre).  
— La thermo-ponction oblitérante. A propos de quelques résultats opératoires. (S. O. P., février 1930).
- Arruga.** — Traitement du décollement rétinien. (Congrès Int. d'opht. Amsterdam, septembre 1929).
- Bettremieux.** — Cl. opht. 1923. (*Revue gén. d'opht.*, 1924).
- Boucheron.** — S. le D<sup>t</sup> expérimental cité in Leber et de Wecker.
- Czapody.** — Traitement du D<sup>t</sup> R. (*Kl. Mem. f. A.*, t. LXXX 1928).
- Danier.** — Résultats du Traitement du D. R. (*Cl. opht.*, 1913).  
— Un cas de D. guéri. Ponction et injection sous-conjonct. (*Tl. opht.*, 1919).  
— *Traité de Thérapeutique oculaire* 1923.
- Deutschmann.** — Développement du D<sup>t</sup> R. (*Voir Cr. A. f. O.* t. CXX, 1928).  
— L'ignipuncture dans le D. R. (Münchner Mditz 1930).
- Dor.** — Décollement rétinien guéri par la tuberculine (*Cl. opht.*, 1909).  
— S. F. O. 1920. — S. F. O. 1924.
- Gallzowski.** — Maladies des yeux, 1874.
- Gallois.** — Du D<sup>t</sup> R. considéré comme un œdème (S. O. P., 1926).  
— Recherche sur la pathogénie du D<sup>t</sup> R. (S. F. O., 1927).  
— Le D<sup>t</sup> de la R : données actuelles sur la pathogénie et le traitement. (*Pratique Méd. Française* 1927).
- Gonin.** — La pathogénie du D. de la R. (*Annal d'ocul.* t. 132, 1904).  
— Décollement rétinien. (*Encyclopédie Française d'opht.* t. 5, 1905).  
— Causes anat. du D<sup>t</sup> R. (*Annal. d'ocul.* t. 156, p. 281, 1919).

- Diagnostic clinique et le Traitement des diff. genres de décollement (*Correspondenzblatt für Schweizer Aatr.*, n° 44 ott. 1919).
- Pathogénie et Anat. Path des Dt<sup>e</sup> R. (S. F. O. Paris 1920).
- Le traitement du Dt<sup>e</sup> R. (*Annal. d'ocul.* t. 158. p. 175, 1921).
- Corps vitré et Dt<sup>e</sup> R. (S. S. Opht. Fribourg 1923. — *Kl. M. f. A.* Bd. 71. s. 232, 1923).
- Guérison op. du Dt<sup>e</sup> R. (*R. G. d'opht.* t. 37 p. 33, 1923).
- Succès et insuccès dans le Trait. op. du Décoll. de la Rét. (S. F. O. Bruxelles 1925).
- Nouveau cas de Guérison opératoire de D. R. (*Annal. d'ocul.* p. 164 t. 81, 1927).
- Nos plus récentes expériences touchant le D. R. (*Annal. d'opht.* t. 45 p. 554, 1928).
- Le Trait. opératoire du D. R. (Conférences aux journées médicales de Bruxelles, juin 1929).
- Le Trait. local du décoll. Rétinien. (XIII<sup>e</sup> Congrès Inter. d'opht. Amsterdam-Scheweringen, septembre 1929).
- Traitement opératoire du Dt<sup>e</sup> rétinien. (*Bruxelles médical*, février 1930).
- Technique opératoire (*Annal. d'ocul.*, janvier 1931).
- Les résultats de la thermo-ponction oblitérante des déchirures rétiniennes. (*Annal. d'ocul.* septembre 1931).
- Jean Delize et Baudot.** — S. O. E. (10. août 1929) in *Bull. S. O. P.* août 1929.
- Jocqs.** — Sur le traitement du Dt<sup>e</sup> R. (*Clinique d'opht.* 12 oct. 1927).
- Sur le rapport de Gonin à la S. F. O. (*Clin. d'opht.* 1920).
- Kalt.** — Transsudats choroidiens aigus et Dt. R. (S. F. O. 1924).
- Kumnel** — Développement du Dt. R. (*Arch. f. Augenheilkunde*, 1925).
- Anatomie du Dt. (*Recent. in Kl. Mon. f. A.*, oct. 1928).
- Lagrange.** — Glaucome et hypotonie. Paris.
- Sur les op. compressives et décompressives du globe de l'œil (Acad. Sc. 1920, t. CLXX, p. 143).
- Leber.** — S. O. de Heidelberg 1903-1908. (*Graefe-Sæmish* 1916).
- Lindner.** — Ein neuer Wey zur Largebestimmung von Stellen des Augen hintergrundes und seine Vervedung bei der Goninschen. (*Arch. f. opht.* T. CXXIII 1929).
- Pesme.** — Les effets tardifs du colmatage sur l'hypotonie oculaire (*Arch. d'opht.* 1921 p. 591).
- Le Dt. R. chez le myope. (*Gaz. Soc. Méd. Bordeaux*, avril 1929).
- Saint-Martin** (de) — La ponction du globe et les injections sous-conjonctivales dans le trait. du Dt. Rét. récent. (*Cl. opht.* 1920, p. 3).
- Sourdille** (P. Gilbert). — Disc. rapp. Gonin (S. F. O. 1920).
- Une méthode de Tt. du Dt. R. (*Arch. d'opht.* 1923).
- Le Trait. du Dt. de la R. (S. O. P 1924 N° 5).

- Quelques précisions techniques sur le Tt. opér. du Dt. R. (*Pratique médicale française*, mars 1929).
- Remarque sur lapathogénie et le Tt. du Dt. R. (S. O. F. 1929).
- Evolution du Dt. R. (S. F. O., mai 1930).
- Sourdille** (G. P.) — Thèse 1930 Paris
- Terson.** — Dis. rapp. Gonin. (S. F. O., 1920).
- Veil.** — Décollement guéri chirurgicalement. (S. O. P. 1929.)
- Vogt.** — Pts de contact entre la dégénérescence myopique et sénile du globe. (*I. Men. Kf. A. i t. LXXIII*, 1924.)
  - *Revue générale d'opt.*, 1923.
- Weckers.** — Décollement rétinien expérimental. (Arch. d'oph., t. XLII, 1925 et XLIII, 1926.)
  - S. F. O., 1925.
- Weill.** — Le traitement du décollement de la rétine par l'ignipunction de Gonin. (S. O. E., 1929 in *Bull. S. O. P.*, août 1924.)
- Wessely.** — X<sup>e</sup> Congrès d'opht. Lucerne, 1904.





